Vol. 238 Dicembre 1876

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

PARTE RIVISTA

DI

MEDICINA, CHIRURGIA E TERAPEUTICA

GIÀ COMPILATA DAL DOTT. CAV. G. B. SORESINA

ORA DIRETTA DAL

Dott. MALACHIA DE-CRISTOFORIS

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1876.

RIVISTA CHIRURGICA

del dott. FRANCESCO PARONA e prof. A. SCARENZIO

Kappeler e Haffter — *Bendaggio al silicato, articolato e mobile e del suo impiego come apparecchio ortopedico e protetico.*
Mouchet — *Due casi di spina bifida trattati colla legatura elastica.*
Gherini — *Spina bifida.*
Id. — *Osservazioni e riflessioni sulla cura del gozzo.*
Latamendi — *Nuovo modo per ottenere l'anestesia locale.*
Hutchinson — *Sulla simulata lussazione nelle antiche fratture dell'omero.*
Ogston — *Sulle fratture oblique del capo dell'omero.*
Bennett — *Frattura delle cartilagini costali.*
Lefour — *Nevroma del safeno esterno — ablazione — guarigione.*
Tillaux — *Torsione delle arterie.*
Gardella — *Sulla sede della malattia e causa della morte del marchese Luigi Cambiasi.*
Gussenbauer — *Casuistica delle operazioni plastiche sulle estremità.*
Ruft — *Lo sbrigliamento nell'ernia ombelicale strozzata.*
Young — *Amputazione della clavicola e della scapola.*
Pean — *Splenotomia con esito di guarigione.*
Passot — *Raddrizzamento brusco dell'anchilosi dell'anca.*
Perret — *Trapanazione negli ascessi delle ossa e nell'osteite a forma nevralgica.*
Gosselin — *Trapanazione e svuotamento delle ossa lunghe nei casi di osteite a forma nevralgica.*
Sedillot — *Della trapanazione preventiva nelle fratture con spostamento della tavola esterna o vitrea.*
Bluhm — *Risultati statistici della trapanazione nelle ferite del capo e specialmente nelle fratture del cranio per arma da fuoco.*
Peruzzi — *Cisti uniloculare della destra ovaja. Ovariotomia. Guarigione.*
Marcacci — *Asportazione di quasi la totalità della volta palatina e di porzione del mascellare superior destro.*
Id. — *Tre trasfusioni di sangue in casi di pioemia, seguite due da morte ed una da guarigione.*
Id. — *Di una tracheotomia improvvisa per un piccolissimo spillo penetrato nella laringe; eseguita in mezzo alle agitazioni di una prossima soffocazione.*

Marcacci — *Di una tanaglia per la più facile demolizione del mascellare superiore.*

Peruzzi — *Due operazioni eseguite colla galvano-caustica.*

Landi — *Resezio-disarticolazione sotto-cassulo-periostea della estremità superiore dell'omero destro per osteite, con necrosi e semi-anchilosi.*

Id. — *Contribuzione alla storia della estrofia vescicale.*

Bendaggio al silicato, articolato e mobile, e suo impiego come apparecchio ortopedico e protetico; per KAPPELER e HAFFTER. (*Deutsche Zeit. fur chir.* 1876 *e Revue des Scien. Med.*).

Kappeler e Haffter hanno cercato di ottenere col bendaggio al silicato un apparecchio innamovibile, il quale nel tempo stesso permetta certi movimenti perfettamente determinati e limitati.

Per ottenere quest'effetto essi applicano un bendaggio circolare ordinario col silicato; poi, prima dell'essiccazione completa, tagliano a livello della giuntura da muoversi e, secondo il caso, dal lato della flessione o da quello dell'estensione o da ambedue le parti contemporaneamente, una finestra ovale più o meno estesa, secondo che la mobilità da darsi deve essere più o meno grande. Delle correggie di cuoio o di caoutchouk rinforzano il luogo dove si fece l'apertura.

Tale mobilità si può ottenere con altro procedimento analogo a un metodo di già seguito da Maslhysen. Per un bendaggio del ginocchio, per esempio, Kappeler e Haffter applicano un bendaggio di silicato circolare sulla gamba, poi, giunti al disotto della rotella, rimontano posteriormente sulla coscia e lasciano allo scoperto la faccia anteriore dell' articolazione. A questo punto essi applicano un foglio di gutta-perca che copra la rotella e discenda sulla parte anteriore della porzione tibiale, indi, dei nuovi giri di benda al silicato sono condotti, discendendo dalla porzione crurale, sul ginocchio. La presenza della gutta-perca impedisce in questo punto l' aderenza delle due porzioni di bendaggio, che diventano così leggermente mobili l'una sull'altra.

Gli autori adoperano questi apparecchi nel trattamento delle diverse affezioni articolari o di fratture, in cui la consolidazione è già avanzata. La facilità colla quale si ponno costruire, il loro prezzo insignificante, compensano la loro breve durata.

Due casi di spina bifida trattati colla legatura elastica; osservazioni di MOUCHET, rapporto su tale lavoro di PERIER. (*Bulletino della Società di Chir.* 1876 *e Revue des scien. med.*, ottobre 1876).

Nella prima di queste osservazioni, il tumore, grosso come il pugno, discendeva dalla region sacrale, ove aveva origine, quasi fino al cavo popliteo. Esso si gonfiava nelle grida e negli sforzi e poteva esser ridotto colla pressione. Al livello del peduncolo vi era mancanza di apofisi spinose e allontanamento delle lame vertebrali.

Il giorno stesso della nascita, fu fatta una puntura che diede uscita

a più di mezzo bicchiere di liquido citrino; questa puntura fu ripetuta all'indomani, e subito dopo, il sig. Mouchet fece la legatura elastica. Questa lasciava al disotto buona metà del tumore. Lo sfacelo della parte strozzata si produsse al terzo giorno, ma il laccio costrittore essendosi smosso, il sig. Mouchet fece quattro punti di sutura elastica inframmezzati al disopra del punto compreso dalla legatura e recise la porzione sfacelata.

Sotto l'influenza delle grida, queste suture si divisero e lasciarono vedere un infundibulo, il cui fondo era occupato da un bottone suppurante. Quindici giorni dopo la ciccatrizzazione era completa.

Il secondo caso si riferisce a un neonato infermiccio. Il tumore occupava la regione lombare; aveva 10 centimetri di lunghezza e 1 di larghezza: colla pressione si poteva ridurlo, ma il bambino gridava e sveniva. Vi era, come nel caso precedente, allontanamento delle lame vertebrali, conservazione di movimento e sensitività nelle membra inferiori, ma il tumore era meno disteso.

Il giorno stesso Mouchet pose attraverso il peduncolo del tumore, degli spilli alla distanza di 3 centimetri l'uno dall'altro, e passò sotto ciascuno di questi un filo elastico moderaramente stretto. Il quarto giorno i fili vennero levati, lasciando gli spilli al posto. Al di là di questi il tumore era mortificato; ma bentosto sopraggiunsero vomiti, e diarrea. Il bambino soccombette l'ottavo giorno senza che si verificassero convulsioni nè paralisia, e senza che nulla di particolare fosse stato osservato dal lato del tumore.

Perier rammenta quattro altre osservazioni, in cui il laccio elastico fu praticato per la cura della spina bifida. Esse sono dovute a Baroyenne ed a Polaillon in Francia, e fuori ad Atkinson (*Brit. med. Journ.* 1876, L. 1, p. 707) e a Ball. (*Dubl. Journ. of. med. sc.* 1875, p. 96) (1).

Queste 6 osservazioni danno in massa 3 successi, 1 insuccesso e 2 morti; ma di questi 3 successi, 2 concernevano dei casi riputati favorevoli, poichè il tumore occupava la regione cervicale e la regione dorsale superiore. Malgrado questa apparente benignità l'operazione dev'esser riservata per dei casi eccezionali, in cui si possa eliminare l'ipotesi della presenza della midolla nel tumore, sia a motivo della sua sede, sia a motivo della conservazione di sensibilità e motilità. La difficoltà di una diagnosi precisa deve far preferire l'iniezione iodata modificata da Giacomo Morton. Questo chirurgo ha proposto sotto il nome di iodo-glicerina un miscuglio di 2 parti di iodio, per 6 di ioduro di potassio e 100 di glicerina. Se ne iniettano da 2 a 4 grammi, secondo il volume dei tumore.

In data del 15 agosto 1875, sopra 10 operazioni fatte con questo metodo, si contavano 7 guarigioni definitive e 3 morti, di cui una causata

(1) Il dott. Stefano Oldoini guariva recentemente col mezzo della legatura metallica un caso di idrorachite dorso-lombare.

dall'uscita continua del liquido cefalo-rachidiano. L'Autore ammette che tutti, o quasi tutti i suoi piccoli ammalati avevano un' ernia della midolla nel tumore.

Bllot e Polaillon consigliano d'aspettare ad operare quando si abbia la certezza che il tumore non guarirà spontaneamente. Polaillon crede inoltre, che il laccio elastico è sopratutto indicato nei casi, in cui l'apertura di comunicazione è larga.

Gueniot dice che è molto difficile di tagliare esattamente le dimensioni di quest'apertura. Egli si dichiara contro l' operazione, come pure Desprès e Honêl. Quest'ultimo disseccando parecchie spine bifide, vi ha sempre trovato dei nervi od anche una porzione della midolla. Tutto ciò è appoggiato da Depaul, il quale crede che si confondano sovente coll' idrorachia altri tumori della regione vertebrale, i quali non hanno cogli inviluppi della midolla che dei rapporti di vicinanza.

Spina bifida; del dott. A. Gherini. (*Gaz. Med. Ital. Lomb.* 16 settembre 1876).

In questo interessante articolo l'Autore narra tra le altre cose la storia di tre casi di spina bifida osservati in soggetti adulti e che egli ebbe l'opportunità di vedere ripetutamente. Noi li riportiamo per intero perchè, come ben dice il Gherini, sono meritevoli di riflessione specialmente riguardo al modo che la natura ha seguito per ottenere una guarigione radicale e al metodo di cura da adottarsi per procurarne una simile coll'arte.

« Osservazione *A.* — T. D., d'anni 55 di Milano, possidente, portava dalla nascita alla parte mediana superiore posteriore del collo, un tumore del volume d'una grossa mela, con cute sana, insensibile, anche sotto una forte pressione e che dava alla palpazione una sensazione pastosa come se fosse un lipoma. Fu sempre abbandonato a sè, perchè non gli arrecava alcun incomodo e rispettato dai chirurghi per un lontano sospetto che fosse una spina bifida; e in realtà, se fosse stato un lipoma avrebbe dovuto di continuo crescere, come è il decorso del lipoma.

« Osservazione *B.* — N. N., dell'età di 25 anni, agiato, aveva dalla nascita alla parte posteriore superiore del collo un tumore circoscritto, globoso, del volume di uovo di dindo, il quale venne sempre trascurato in causa di sua innocente presenza. Quando un giorno volle farsi operare spinto a ciò da alcuni suoi amici per liberarsi da tale deformità. Un chirurgo sopracchiamato, ritenuto tale tumore cistico non esitò punto a praticare l'operazione. Ma l'operatore, appena fatta l'incisione, si accorse subito dello sbaglio diagnostico, e l'operato pagò in pochi giorni colla vita la smania di liberarsi da quella piccola deformità.

Questi due casi mostrano ad evidenza che la natura per garantire sì grave tumore dall'azione degli agenti esterni e impedirne l'aumento progressivo, lo copre di pelle sana robusta, provvista di abbondante tessuto cellulo-adiposo e forse di un sacco meningeo compatto.

« Osservazione *C.* — N. N., contadina di Monticello, Brianza, d'anni 19,

con genitori, fratelli e sorelle sanissimi, mestruata a 15 anni, ma sempre irregolarmente; del resto vegeta e ben nutrita. Essa teneva dalla nascita un voluminoso tumore alla parte inferiore mediana lombo-sacrale, diagnosticato per una spina bifida. All'età di 17 anni crebbe il tumore di volume, la superficie si esulcerò, forse in causa dei faticosi lavori campestri od anche per incuria. A quell'epoca venne inviata all'Ospedale per una conveniente cura.

Dopo alcuni giorni di decubito, la ragazza s'accorse della improvvisa uscita, da un piccolo pertugio fattosi accidentalmente sull'apice del tumore esulcerato, di una quantità di acqua, che continuò copiosa per alcuni giorni. Alla fine cessò spontaneo lo scolo acquoso; cicatrizzò l'ulcerazione cutanea e così la ragazza potè restituirsi alla propria casa, non curandosi del suo tumore.

Trovandomi in campagna a Monticello, la madre volle che io visitassi questa sua figlia, al che aderii ben volontieri, e trovai quanto segue. Attualmente (1875) il tumore è piatto, avvizzito, indolente; la pelle di color naturale infossata al centro sotto forma di duplicature; palpata questa intumescenza si rileva che la pelle all'intorno della porzione introflessa è flacida; mentre è adesa fortemente all'ossatura sottoposta, e precisamente al foro di communicazione del canale vertebrale colla cavità del sacco sotto forma di un grosso peduncolo, in modo di chiudere totalmente tale passaggio,

La ragazza in giornata è vegeta, sana, capace di lavori rurali anche pesanti. Tale caso interessante io chiamo ben volontieri *guarigione radicale di una spina bifida.* »

Dall'insieme del suo lavoro il Gherini trae le seguenti conclusioni: 1° Che la spina bifida si presenta di rado; 2° che i più dei casi sono per sè o per complicanze inoperabili, e consentono vita breve; 3° che alcuni casi debbono essere curati palliativamente, essendo il tumore in condizioni favorevoli per essere portato innocuamente per tutta la vita; 4° che pochissimi soltanto reclamano un processo operatorio.

Noi non staremo ad esporre il nostro modo di vedere sulla cura della spina bifida, avendolo non è molto esposto negli *Annali di Medicina e Chirurgia*, narrando la storia di una spina bifida operata e guarita perfettamente; però non ci possiamo dispensare di fare al Gherini il rimprovero già fatto ad altri, di aver cioè omesso, passando in rassegna i vari metodi di cura di tale malattia, quello dell'illustre prof. Rizzoli, che pure ha dati così soddisfacenti risultati.

Osservazioni e riflessioni sulla cura del gozzo; del dott. Ambrogio Gherini. (*Gazz. Med. Lombarda*, 10 giugno 1876).

Premesso che il gozzo qualche volta, anche se voluminoso, è di poco o nessun disturbo, e viceversa, che, talvolta, sebbene il tumore sia piccolo, arreca serii disturbi, il chiarissimo Autore passa a trattare della cura di cotesta infermità e dapprima accenna alla elettroterapia e ri-

corda i due casi da lui curati e resi noti nel 1876, aggiungendone tre altri nuovi.

Di questi cinque casi, uno era cistico; gli altri quattro erano ghiandolari o, come li chiama l'Autore, sarcomatosi. Di questi quattro gozzi carnosi, due guarirono dopo di essere il tumore passato per le fasi della infiammazione e della suppurazione più e meno prolungata; uno restò voluminoso quasi come prima della cura, ed il quarto non va annoverato strettamente parlando fra i guariti col galvanismo, perchè venne sottoposto a questo trattamento curativo una sola volta, indi replicatamente alla cauterizzazione colla pietra infernale. Il gozzo cistico guariva per avere la corrente elettrica provocata un infiammazione adesiva,

Dopo aver parlato di questi cinque casi trattati col galvanismo, narra in via di confronto, il caso di un voluminoso gozzo cistico guarito col setone. Passa quindi in rassegna gli altri mezzi più o meno in uso per la cura del gozzo, quali quello di Prospero Postiglione, di Peschier, di Ginevra, di Paschal, di Porta e quello delle iniezioni parenchimatose. Su di questo ecco cosa scrive: « Le iniezioni d'acqua di Salso Maggiore o di tintura di iodio allungato con acqua o prette, fatte colla siringa di Pravas nel parenchima della ghiandola, dette perciò interstiziali o parenchimatose, ad intervalli più o meno lontani, riportate da alcuni giornali nazionali ed esteri, siccome proficue nella cura del gozzo sarcomatoso, non furono da me esperimentate e solo ebbi cognizione di alcuni casi, nei quali si ebbero a deplorare gravi accidenti. » Una simile asserzione davvero ci sorprende, e viene proprio a prenderci di mira direttamente, essendo noi dei pochissimi in Italia, che abbiano fatte le iniezioni di tintura di iodio, ed i soli per quanto ci consti che abbiano fin ora pubblicati de' casi di gozzo curati colla iniezione parenchimatosa coll'acqua madre di Salso Maggiore. Ci crediamo quindi in dovere ed in grado di potere assicurare il ch. sig. Gherini, che su 40 e più ammalati da noi trattati colle iniezioni parenchimatose di tintura di iodio o di acqua madre di Salso Maggiore, non ebbimo alcun esito infausto; che in parecchi casi vi fu suppurazione, però senza che nel paziente si avessero a *deplorare gravi accidenti*, che in qualche caso il metodo in parola riescì inefficace, ma che in molti fu per lo contrario efficacissimo, come lo dimostrano i casi non pochi da noi pubblicati e che al nostro critico non dovrebbero essere ignoti, perchè pubblicati sullo stesso giornale, in cui egli scrisse. Motivo per cui noi ci permettiamo di dire al sig. Gherini, che l'asserzione sua è affatto gratuita, che volendo prendere di mira un metodo, lo doveva fare non con delle supposizioni, ma con dei fatti, e che avrebbe dovuto almeno prima informarsi su quanto scrissero in proposito delle iniezioni parenchimatose e Schawlbe ed il Lutton ed il Leveque e varii altri, giacchè avrebbe saputo che questi autori sono unanimi nell'attestare l'innocuità e l'utilità del metodo.

Nei gozzi vascolari l'Autore consiglia le frizioni coll'ergotina Bonjeau alla dose di 60 centig. a 120 e più in 30 grammi di sugna in quanto che

gli parve che la cura gli corrispondesse. Gherini si dichiara poco propenso all'esportazione anche parziale del gozzo. Nei broncoceli di natura cancerosa, dice rimanere soltanto la cura palliativa, la quale consiste nel diminuire possibilmente la pressione sopra quegli organi di somma importanza per la vita, dividendo, quando sia fattibile con speranza di ottenere qualche vantaggio, l'aponeurosi fascia-colli, i muscoli sterno-ioidei e sterno-tiroidei, divisione che l'Autore consiglia pure di premettere anche all'estirpazione del gozzo, colla lusinga di poterla risparmiare e finalmente praticare la tracheotomia, l'esofagotomia o la gastrotomia.

Nuovo modo per ottenere l'anestesia locale; pel dottore LATAMENDI. (*Lancet*, 1876 e Morgagni).

« Quando si usa l'apparecchio di Richardson avviene un arrossamento e si produce una sensazione di freddo. Se in questo momento con un bistorì curvo si fa una incisione di circa un mezzo pollice e non più profonda dell'epidermide e dello strato superficiale della cute, allora si forma una zona anestetica, che dalla incisione come centro si va estendendo. Continuando la polverizzazione di etere, questa regione diventa anemica e completamente anestetica. Il bistori taglia questi tessuti, come se fossero del grasso condensato (1). Attorno alla zona antecedente si osserva un'altra zona annulare, che non è così completamente anemica, come il centro. Ma dirigendo sovr'essa il getto dell'etere diviene anch' essa affatto insensibile, e così il campo dell' anestesia può venire aumentato. Sospendendo la polverizzazione, tutti questi effetti rapidamente scompajono, ma se si ricomincia la polverizzazione l'ischemia in pochi secondi si riproduce. »

Tutto ciò noi abbiamo verificato più volte, ma abbiamo anche rilevato l'inconveniente, che coll'evaporazione del liquido anestizzatore spinto sui tessuti si viene a coprire questi di uno strato bianchiccio, il quale maschera le parti da tagliarsi e quindi bisogna incidere un po' alla cieca.

Sulla simulata lussazioue nelle antiche fratture dell'omero; per G. HUTCHINSON. (*Lancet* 4 marzo 1876, *e Morgagni* settembre 1876).

Hutchinson ha cercato di richiamare l' attenzione dei chirurghi sul fatto, che le fratture del collo dell'omero, allorchè sono consolidate, spesso rassomigliano talmente ad una lussazione da ingannare perfino un uomo esercitato. L'evitare cotesto errore è importante non solo sotto il punto di vista clicico, ma anche dal lato della medicina legale. Hutchinson fa cenno d'una sua lezione su tale soggetto riportata nel *Médical Times and Gazette* (31 gennaio 1875), nella quale sono riferiti parecchi esempi di fratture scambiate per lussazioni.

Quando si tratta di fratture recenti non è così facile l'errore. Il gonfiore cela la cavità sotto acromiale, il gomito non è slontanato del fianco

(1) Finora invece si è creduto che i tessuti sottoposti all' anestesia locale non si tagliassero molto agevolmente col bisturì, onde lo stesso Richardson propose ed eseguì l'esportazione di tumori mammarii colle forbici.

e spesso vi è il sintomo caratteristico della scricchiolata. La cosa però è ben diversa quando la frattura è consolidata. Cessato il gonfiore, comparisce una notevole cavità sotto l' acromion, nell' ascella si tocca una massa ossea, i movimenti dell'articolazione sono molto limitati, le fibre del deltoide sono tese e non vi manca nessun altro segno della lussazione, eccetto che il gomito per lo più non è slontanato dal tronco. Si sa tuttavia che questo segno può mancare nelle lussazioni. Nei casi finora conosciuti si è sempre riscontrato nei tessuti un ispessimento maggiore di quello, che non soglia trovarsi nelle semplici lussazioni: pure questo fatto, mentre desta un sospetto, è impiegato per lo più dal chirurgo per spiegarsi quella piccola difficoltà, che incontra nel precisare l'esatto contorno dell'osso leso. Intanto l'apparenza della lussazione è così ingannevole, che raramente il chirurgo nutrisce alcun dubbio. Si cominciano i tentivi di riduzione; all'improvvisa si ode una scricchiolata, ed il chirurgo desiste dalla manovra; credendo di aver rotto l' osso. In realtà invece si trattava fin dal principio d' una frattura molto alta a livello quasi del collo anatomico dell'omero con spostamento del corpo dell'omero nel cavo ascellare, e con o senza incuneamento dei frammenti. Se si tratta di un infermo piuttosto delicato, si può, osservando accuratamente, rilevare, che sebbene vi sia un notevole cavo sotto l' acromion, pure la cavità glenoidea non è in realtà vuota, e che la massa, che si tocca nella cavità ascellare, non è la rotonda testa dell'omero.

In caso contrario può riescire quasi impossibile il costatare queste particolarità e Hutchinson assicura, che in parecchi casi gli riuscì impossibile il convincere alcuni colleghi, che erano di contraria opinione.

Il primo caso osservato da Hutchinson fu riscontrato in un cadavere, il quale presentava talmente tutti i segni d' una lussazione nell' ascella, che nè Hutchinson, nè altri chirurghi, che erano presenti, concepirono il dubbio intorno a questa diagnosi. Colla dissezione però si vide, che si trattava d'una frattura alquanto irregolare del collo dell'omero con una riunione siffatta, che i movimenti consecutivi aveano spinto la testa dell'omero in basso. Forse vi era stato un po' d' incuneamento dei frammenti. Recentemente fu chiesto un parere ad Hutchinson relativamente ad un processo iniziato contro un chirurgo. Quest' ultimo veniva incolpato d'aver curato per frattura una lussaziene dell'omero, lussazione, che ancora esisteva. Un mese più tardi dall' accidente, l' infermo era stato portato in un ospedale, ove si era fatta la diagnosi di lussazione ed erano stati praticati dei tentativi di riduzione. Non avendo osservato l'infermo, Hutchinson espresse il sospetto che forse si trattava in realtà di frattura, e che se il suo sospetto era giusto nei tentativi di riduzione fatti appena un mese dopo avvenuta la frattura, l' osso si sarà certamente fratturato di bel nuovo. Ed infatti riscontrando i registri dell'ospedale si trovò che i tentativi di riduzione si erano dovuti interrompere, perchè l'osso erasi fratturato.

Poco dopo di questo caso due chirurghi consultarono Hutchinson per

un infermo curato da uno di loro, e nel quale concordemente ammettevano una lussazione. Era scorso circa un mese dal momento della lesione. Il gomito arrivava benissimo sino al fianco ma, sebbene vi fosse un notevole cavo sotto l'acromion, pure Hutchinson si convinse che si trattava di frattura e non di lussazione. Siccome però nessuno dei due chirurghi ne rimase convinto, così Hutchinson consigliò di operare l'infermo colla cloroformizzazione. Anestizzato l'infermo e facendo dei delicati tentativi di riduzione l'omero si fratturò. Calcando fortemente la mano sotto l'acromion, Hutchinson si accertò che la testa dell'omero non era affatto lussata, però vi era mestieri di grande accuratezza per convincersene. Essendo ora sicuro Hutchinson, che una volta consolidata la frattura attesa la sua grande somiglianza con una lussazione, non sarebbe mancato chi avesse asserito all'infermo, che egli avea una lussazione e non una frattura, fè chiamare il dottor Heath. Questi infatti, benchè sorpreso della grande somiglianza della lesione con una lussazione, si convinse, che si trattava d'una semplice frattura senza lussazione. Dippiù Hutchinson usò la precauzione di dare all'infermo il suo parere e quello di Heath per iscritto. La combinazione della frattura con una lussazione è rarissima, secondo Hutchinson; di più siccome nel primo caso, in cui fu fatta la dissezione, e nell'ultimo, in cui l'infermo fu osservato nella anestesia, si potè con certezza escludere qualunque lussazione, così Hutchinson crede, che negli altri casi simili da lui osservati si fosse trattato anche d'una semplice frattura.

Hutchinson consiglia il chirurgo curante che osserva uno di questi infermi in primo tempo, di dargli la diagnosi in iscritto per evitare errori consecutivi. Quando però si presenta un infermo in secondo tempo, raccomanda d'osservarlo nell'anestesia, la quale, rilasciando i muscoli, facilita la diagnosi. Se tuttavia durasse il dubbio, egli commenda di fare, sempre nell'anestesia, dei gentili tentativi di riduzione. In quattro o cinque casi si è convinto, che non si fa danno all'infermo con una novella frattura, e forse gli infermi da lui osservati se ne vantaggiarono. In conchiusione bisogna esser molto guardinghi nel diagnosticare per lussazione una lesione, che in primo tempo è stata curata per frattura, specialmente poi quando il gomito si avvicina bene al fianco.

Sulle fratture oblique del capo dell'omero; per A. Ogston. (*The Lancet* 18 marzo 1876 *e Revue des Sciens. Med.*).

Le fratture oblique dell'estremità superiore dell'omero, nelle quali la obliquità si approssima più alla direzione longitudinale che trasversale, sembrano rarissime od almeno furono fin' ora appena segnalate.

Ogston fa osservare non essersi fatta menzione di questa varietà di frattura nell' articolo di Beniamino Anger (*Nouv. Dict. de med. et de chir. prat. art. Bras.*), nel trattato di Pitha e Billroth, ed in quello di Nelaton.

Astley Cooper neppure ne parla. Però G. F. Guthrie in una lezione pubblicata nel 1833 (*London medical and surgical Journal*, 16

novembre 1833), sotto ll titolo « On a peculiar Injury of the Shoulder joint » espone cinque osservazioni, in cui egli pervenne a diagnosticare una frattura obliqua del capo dell'omero. La frattura, secondo le di lui supposizioni, si stendeva nella direzione della guaina bicipitale, separando la grossa tuberosità, e la totalità, o la più grande parte del capo, che formavano il frammento superiore, dalla piccola tuberosità, la quale coll'altra parte del capo era rimasta in continuità col corpo dell'osso e formava il frammento inferiore.

R. W. Smith, di Dublino, nel suo trattato (*Fracture in the vicinity of the joint*, 1847 p. 176), richiama l'attenzione sopra una lesione analoga, che presenterebbe certi segni appartenenti alla lussazione. Egli ne cita tre esempi, di cui due gli sono proprii, ed il primo fu seguito dall'autopsia. Questi fatti furono qualche volta erroneamente considerati come casi di lussazione complicati di frattura.

Ogston dà la relazione dettagliata di tre osservazioni. Esse si riferiscono a due donne, l'una di cinquanta, l'altra di trentadue anni, e ad un ragazzo di quindici anni. L'autore aggiunge a queste tre osservazioni, il fatto communicato da Le Dentu alla *Societé de chirurgie*, nella seduta del 25 gennaio 1876, e che egli stesso aveva potuto esaminare in una visita all'*Hôtel-Dieu*, nel settembre 1874.

Riassumendo, esiste una prima forma di frattura obliqua e longitudinale dell'estremità superiore dell'omero, simile a quella che fu descritta e disseccata da Smith, in cui la piccola tuberosità colla più gran parte del capo è separata dalla grossa tuberosità, che rimane unita alla parte minore del capo. La piccola tuberosità si continua col corpo dell'osso e la frattura occupa la guaina bicipitale. Esiste pure una seconda forma, in cui la parte articolare del capo è staccata colla grossa tuberosità, come sostiene Guthrie, da una frattura che si dirige obliquamente al basso e all'indietro, occupando alla sua parte superiore la guaina bicipitale. Il frammento inferiore è formato dal corpo e dalla piccola tuberosità. Questa lesione è generalmente prodotta da una caduta sulla spalla e presenta dei segni caratteristici. Il diametro antero-posteriore della spalla è aumentato; la piccola tuberosità sporge alla parte anteriore della spalla e segue tutti i movimenti del corpo dell'omero; il capo occupa la cavità glenoidea e non si move col corpo, o soltanto debolmente allorchè i movimenti del corpo sono molto estesi. La crepitazione manca qualche volta, essa si produce sopratutto nei movimenti di rotazione o di propulsione e di trazione nella direzione dell'asse dell'omero. I movimenti spontanei sono difficili; i movimenti comunicati sono perfettamente liberi. L'attitudine non è quella della lussazione ed il gomito può esser facilmente avvicinato al tronco. L'accorciamento non è costante; esiste quando la piccola tuberosità ha forato le fibre del deltoide. La deformità non può essere completamente corretta, però, malgrado questo, i movimenti si ristabiliscono abbastanza bene. Si può supporre che l'ostacolo alla riduzione sia l'interposizione del tendine del bicipite tra i frammenti.

Fratture delle cartilagini costali; per C. Bennett. (*The Dublin Journ.* marzo 1876 e *Revue des Scienc. med.*).

Questa memoria è basata sopra sei esservazioni, in cui i dettagli clinici e lo sviluppo degli accidenti furono notati con molta cura. L'Autore rammenta dapprima quanto sono rari gli esempi avverati di fratture delle cartilagini e combatte l'opinione dei chirurghi, i quali pretendono che le soluzioni di continuità non possono prodursi che sopra cartilagini antecedentemente ossificate. L'esame istologico ch'egli potè fare in parecchi casi lo ha condotto ad un'opinione molto differente. Ecco le conclusioni ch'egli crede poter cavare da questo studio:

Le fratture delle cartilagini costali possono essere divise in tre categorie. La prima si rapporta alle fratture recenti, consecutive ai gravi traumatismi del petto, particolarmente alle soluzioni della continuità dello sterno e delle coste; sono delle fratture per continuità. La seconda comprende le fratture semplici causate, da traumatismo inferto sopra una regione circoscritta. Infine la terza comprende quelle prodotte da azione muscolare.

L'alterazione delle cartilagini, che precede la loro ossificazione e che si manifesta per la screpolatura della sostanza fondamentale, non predispone soltanto alla frattura, ma agisce anche come causa determinante: ed è dovuto a questa disposizione che la maggior parte delle volte questa sorta di fratture sono trasversali. Tuttavia si possono anche osservare delle fratture oblique, sopratutto nei casi di frattura per propagazione, allorchè il traumatismo ha interessato simultaneamente le coste.

Il callo si sviluppa nelle fratture delle cartilagini esattamente come sopra un osso rotto: la cartilagine fa in gran parte le spese. La sola differenza fra i due casi consiste in ciò, che il callo, nelle fratture delle cartilagini, è assai meno voluminoso e sopratutto impiega assai maggior tempo a prodursi. Delle preparazioni microscopiche mostrano le differenti fasi di riparazione delle cartilagini.

Nevroma del safeno esterno, ablazione e guarigione; pel dott. Lefour. (*Gaz. Med. de Bordeaux*, 5 novembre 1876).

L'ammalato, dell'età di 50 anni, presentò dapprima i sintomi di una nevralgia dei rami interni ed esterni del nervo safeno esterno. Un esame più minuzioso fece percepire colla palpazione l'esistenza d'un piccolo tumore di forma elittica, della grossezza d'un uovo di piccione, mobile sotto la pelle, e la di cui pressione risvegliava o esacerbava i dolori.

Il tumore era situato sul tragitto della radice interna del nervo safeno esterno. Il chirurgo praticò l'ablazione del tumore dopo aver iniettato sotto la pelle due centigrammi di cloridrato di morfina. Grazie a questa precauzione, l'operazione fu semplice e poco dolorosa: le sezioni nervose furono praticate un centimetro al disopra e al disotto del nevroma; i bordi della piaga furono ravvicinati, e tre giorni dopo la cicatrizzazione era perfetta.

L'ablazione del tumore fece sparire completamente gli accessi dolo-

rosi, ma il malato provò qualche sconcerto della motilità e sensibilità, dipoi egli provò ogni sera, a ora fissa, una sensazione di formicolamento assai spiacevole. Il solfato di chinina venne amministrato e produsse i migliori risultati. La guarigione era completa dieci giorni dopo l'operazione.

Torsione delle arterie; pel dott. Tillaux. (*France Medicale e Gazz. med. Lombarda*, 1876).

Tillaux dal 1871 ad oggi non praticò più la legatura delle arterie. In più di 100 grandi operazioni usò la torsione, e mai osservò emorragia primitiva e secondaria. Le conclusioni della memoria che Tillaux, lette alla Società di Chirurgia, sono le seguenti:

La torsione è applicabile a tutte le arterie, e sovratutto alle grandi; basta una sola pinzetta per eseguirla; l'arteria deve essere afferrata obbliquamente al suo asse; la torzione deve essere fatta fino a che l'estremità afferrata si distacca; è inutile limitare la torsione, che essa si limita da sè; le arterie ateromatose, infiammate possono essere trattate colla torsione; essa favorisce la riunione immediata; la torsione come la legatura mette al sicuro della emorragia secondaria.

In una seduta posteriore Tillaux riferisce le esperienze cadaveriche da esso fatte prima di usare la torsione in tutte le operazioni. Tagliò la crurale e ne torse l'estremità della porzione superiore. L'incisione era stata fatta al disopra dell'anello del terzo adduttore. Denudata la stessa arteria nel trigono di Scarpa vi applicò la cannula d'una siringa da idrocele ripiena d'acqua.

Spinse l'acqua con tutta la forza, ma l'estremità dell'arteria, che si era torta, non potè essere forzata. Si ruppe qualche volta l'arteria, ma sempre al disopra dell'ostacolo formato colla torsione. Avendo esaminato arterie torte sul cadavere e sul vivente, constatò che la tunica esterna torta fino al distacco forma un orecchione (Tourillon) di un centimetro di lunghezza. La tunica media rotta colla torzione si ricurva verso l'asse dell'arteria, formando nel calibro del vaso come tante valvole sigmoidee, ed al disopra di esse, sull'estremità lacerate si deposita il coagulo, che aderisce poscia alla tunica interna e dà l'emostasia definitiva. M. Anger torse due volte la femorale e non ebbe emorragia nè primitiva, nè secondaria. In una terza amputazione non potè praticarla, essendo l'arteria infiammata e friabile. Dovette perciò legarla. Però Tillaux torse ultimamente l'arteria omerale manifestamente flogosata e non vide nessuna emorragia. L'Autore opina che la flogosi delle arterie portata ad alto grado può far loro perdere l'elasticità e rendere impraticabile la torsione, ma pure converrebbe tentarla per ricorrere poscia alla legatura in caso di emorragia.

Sulla sede della malattia e causa della morte del marchese Luigi Cambiasi; Relazione del dott. S. Gardella (Genova 1876).

Nella Rivista chirurgica pubblicatasi nel fascicolo di giugno 1876, venne per sommi capi riassunto il caso letto dal dott. Bottini all'Acca-

demia di Torino, risguardante un tumore osteoplastico dell'apofisi montante ed osso nasale destro, e siccome dalla relazione dello stesso dott. Bottini risulta, che l'esito infausto dell'operazione attribuir si doveva non all'atto operativo od a guasti nella parte operata, ma al cateterismo praticato con poca perizia dal dott. Gardella, noi per dovere di giustizia quanto questi dal canto suo scrisse sul caso stesso. L'interessantissima relazione del dott. Gardella, è convalidata dell'appoggio dei professori Secondi, Arata e Denegri nonchè dai periti fiscali Sivori, Zino, Garibaldi e Denegri. Da cotesta relazione pare risulti, che il dott. Bottini nell'esposizione che fece, del caso all'Accademia, non ha avuto la franchezza di confessare, che il prof. Arata aveva emesso un giudizio perentoriamente contrario all'operazione. Che nel breve periodo trascorso dall'operazione alla morte non mancarono sintomi, i quali valessero a lasciar sospettare un infiammazione delle meningi. Che quanto Bottini asserisce essersi trovato lungo il canale uretrale fu dai periti provato assolutamente falso. Che il cateterismo da lui praticato fu di nessuna difficoltà, come potè verificare il prof. Denegri, che era presente alla seconda siringazione. Il dott. Gardella aggiunge, che il Bottini ha detto una assoluta falsità, allorquando riferì all'Accademia, che egli assistito dal dott. Denegri *rinnovò l'operazione con nuova sortita di sangue e con non facile maneggio*, essendosi in allora colla massima facilità estratto quasi un litro d'orina sanguinolenta.

Dalla relazione dei periti risulta poi che, alla sezione del cadavere si sono trovati tanto alle meningi che al cervello, massime verso i lobi frontali e sfenoidali segni di infiammazione, che in un tratto dell'aracnoide corrispondente al principio della scissura destra di Silvio, uno dei periti potè raccogliere sulla lama dello scalpello una piccola massa di materia, che ai caratteri fisici gli altri periti non esitarono a dire pus. Alla superficie inferiore dei lobi anteriori e precisamente nel solco formato dalla circonvoluzione olfatoria destra, non si potè scorgere traccia del ganglio olfatorio e del nastrino del nervo, e sebbene si siano fatte ricerche nella fossa anteriore mediana destra, ove assai di frequente specialmente nei cadaveri in preda a putrefazione suolsi rinvenire, neppure qui fu dato ai periti di poter scorgerne traccia.

Durante queste ricerche fu osservato anche in un punto della fossa laterale anteriore destra assai prossimo alla fossa mediana dello stesso lato, la *dura madre perforata*, la bozza orbitaria pure perforata per un'area non minore di cinque millimetri quadrati. Su quanto trovarono alla vescica ed all'uretra ecco come i periti si esprimono. L'esame dell'uretra, da noi più volte ripetuto, altro non ci permise di rilevare che quella piccola abrasione della mucosa già descritta sul lato sinistro del trigono vescicale, la quale, perchè lieve, era assai più manifesta nello stato fresco di quello che lo sia oggi dopo che il pezzo fu conservato nell'alcool. La mucosa dell'uretra, le sue pareti, dal meato urinario esterno all'interno vescicale, mostrasi intatta: e tranne il coloramento livido e

rosso cupo della sua parte bulbosa e spugnosa dovuto alla stasi del sangue nella rete vascolare e cavernosa dell' organo nulla affatto ci riesce di apprezzare.

Ed ora, che è noto quanto di più importante e da una parte e dall' altra si è asserito, dacchè il dott. Bottini chiuse il suo articolo invitando il pubblico a commentarlo, noi gli diremo, che facciamo voti perchè esso a sua volta si giustifichi in faccia all'Accademia di quanto con tanta apparenza di verità gli fu impugnato, od in caso diverso, che l'Accademia di Torino pel decoro suo, chiegga al socio Bottini le dovute dilucidazioni. Che se, come pur troppo pare, il sig. Bottini ha colla sua relazione mistificato i colleghi ed un corpo così rispettabile, gli ricorderemo che per essere chirurgo onorato ci vuole verità nella scienza e moralità nell'arte.

Casuistica delle operazioni plastiche sulle estremità; pel dott. GUSSENBAUER. (*Centralblatt f. chir*. N. 23, 1876 e *Gior. Veneto*, giugno 1876).

Gussenbauer comunica un caso di grande contrattura cicatriziale del lato destro del torace e dell'articolazione della spalla destra, in cui mediante un' operazione plastica ottenne quasi completa guarigione.

Dapprima rimasero senza effetto i tentativi fatti per distendere le cicatrici (estensione e contro-estensione) e lo scivolamento della pelle dopo incisi i cordoni cicatriziali. L'Autore escise perciò la cicatrice nel distretto della cavità ascellare, e formò due lembi colla pelle della superficie anteriore del torace e della regione del margine scapolare esterno.

La guarigione fu permanente, ed il paziente fu in grado di adoperare il braccio quasi fino alla massima escursione normale.

In un altro caso Billroth, mediante un' operazione plastica secondo il metodo italiano, potè ottenere la guarigione definitiva d' una piaga che, cicatrizzata, riaprivasi sempre in causa di perdita di sostanze alla regione del calcagno, e che durava da 12 anni in un uomo ventenne. Egli prese un lembo cutaneo a doppio stelo, lungo 4 pollici e largo 2, dal polpaccio destro che distaccò dalla fascia surale. Colla stagnola sottopostavi ne impedì la riunione.

Dopo 14 giorni praticò la divisione del punto dall'attacco posteriore col mezzo di due legature elastiche, e la ottenne in 6 giorni. Contemporaneamente la cicatrice del calcagno venne escisa, ed i margini cutanei cruentati in linee rette; poi fissò la estremità in posizione opportuna mediante fasciatura gessata e le avvicinò per modo, che fosse possibile innestare il lembo del polpaccio ad un margine della ferita del calcagno sinistro.

Procurò di rendere sopportabile la giacitura del malato mediante la sospensione della fasciatura gipsea. L' innesto del lembo ebbe luogo in sei giorni senza accidenti di sorta, lasciando la ferita aperta; poi, dal 25 agosto al 3 di settembre, egli tolse anche l'altro punto d'attacco al polpaccio mediante piccole incisioni giornaliere fatte lateralmente, le

applicò quindi al calcagno e l'unì per sutura nodosa al margine esterno della ferita. Un anno dopo constatò che la guarigione completa si manteneva.

Gussenbauer raccomanda simili operazioni plastiche anche in grandi ulceri della gamba d'origine traumatica, o nelle aderenze cicatriziali e contratture della mano.

Lo sbrigliamento nell'ernia ombelicale strozzata; pel dott. RUFT. (*Société de Chir.* 1875, e *Gior. Veneto*, aprile 1876).

Ledentu lesse una lettera dell'Autore, in cui è descritto il metodo operativo da lui seguito in tre casi d'ernia ombelicale, che ebbero buon esito.

Egli sposta la pelle del ventre all'insù; incide le pareti del ventre tre o quattro linee al disotto del limite inferiore dell'ernia nella linea alba, tanto da poter penetrare coll'indice sinistro nel ventre; introduce quindi la punta del medesimo dall'interno nel sacco erniario (il che non gli riuscì mai difficile); fa penetrare poi un erniotomo di Cooper sulla guida del dito ed incide l'anello dall'interno all'esterno.

Siccome le ferite della pelle e della linea alba non sono al medesimo livello, così quest'ultima trovasi nelle condizioni d'una ferita sottocutanea. Dopo la guarigione non si osservò mai che la ferita della linea alba abbia dato luogo alla formazione d'un'ernia ventrale.

Amputazione della clavicola e della scapola; pel dott. YOUNG. (*The American Journ.* 1875).

Una ragazzina di due anni perdette il braccio destro, che rimase strappato a tre pollici di distanza dall'articolazione della spalla, dalle ruote d'una carozza, che vi passarono sopra. Tutti i muscoli, nervi e vasi e la pelle della spalla lacerati orribilmente giaceano insieme a molti coaguli nel fondo della ferita. Emorragia di poco momento. La clavicola era fratturata nel suo terzo esterno e la scapola aveva due fratture. Per l'operazione si allontanarono le parti molli lacerate e contuse; la cavità glenoidea, la porzione anteriore della spina della scapola, l'acromion, il processo coracoideo ed il terzo esterno della clavicola. L'arteria succlavia venne legata. Poca perdita di sangue durante l'operazione (70 grammi circa).

Dodici ore dopo l'operazione sopravennero delle convulsioni, che presto cessarono. La ferita guarì bene, e la piccola paziente potè essere licenziata cinque settimane dopo l'operazione.

Splenotomia con esito di guarigione; pel dott. PEAN. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1876).

Una giovine di 24 anni, sempre scarsamente menstruata, maritata, i cui figli erano morti tutti poco dopo la nascita, da 18 mesi soffriva un senso di peso all'ipocondrio sinistro. Ben presto vi si aggiunsero dolore ricorrente in quella regione, anoressia, vomiti, ematemesi e tosse secca. Nel febbrajo di quest'anno vi si rinveniva un enorme tumore, quasi elittico, occupante pressochè tutta la cavità addominale, duro, carnoso,

mobile, che dall'ipocondrio sinistro discendeva nella grande pelvi, prolungandosi con un'appendice verso la fossa iliaca destra. Non vi era ascite. Un accurato esame faceva escludere, che quel tumore fosse un neoplasma od altro esito morboso risiedente negli organi contigui genito-urinario, laonde si accondiscese al desiderio dell' inferma di estirpare quel tumore, con ogni probabilità sostituente la milza.

Nel 25 aprile p. p. mediante incisione della linea alba di 8 centimetri sopra l'ombelico fino a 6 centimetri sopra il pube, si penetrava nella cavità addominale; rimosso dal basso in alto e verso destra l'epiploon si prese ad estrarre il tumore gradatamente dalla sua estremità inferiore, mano mano avvicinando le labbra della ferita, finchè fra queste rimase l'epiploon gastro splenico, che fu legato in massa con forte filo metallico, avendo cura di non ledere il pancreas. Convenientemente serrata la legatura, disposta una corona di spugne intorno al pedicello, con un sol colpo fu recisa la milza al livello del suo ilo e rivolto in fuori. Quasi un litro di sangue si effuse con un grosso getto dalle cellule spleniche, senza però fluire nel ventre; del resto può dirsi essere mancata ogni emorragia durante l'atto operativo.

Si constatò la mancanza d'aderenza e di ascite, l'integrità degli altri organi. Tolte poscia le spugne si distese il grande epiploon al davanti degli intestini, fissandone il pedicello fra le labbra della ferita superiormente. Il sangue di tutti i vasi recisi era nero. L'operazione durò un' ora e mezza.

Esame del tumore. — Privo dì sangue pesava chilogrammi 1,125, il diametro longitudinale era di 12 centimetri, quello trasversale 12 centimetri, lo spessore centimetri 8, lunghezza della faccia convessa 27 centimetri. Notisi però che per l'escita del sangue erasi ridotto alla metà circa delle sue dimensioni. Ipertrofia del parenchima, non della capsula, consistenza carnosa, aspetto epatico, uniforme, non friabile.

Ecco quali furono i fenomeni più salienti che seguirono l'operazione: calore delle estremità pressochè normale, aspetto ottimo, risveglio dieci minuti dopo essere stato riposta l' inferma sul suo letto; poche sofferenze, sete, febbre mitissima, appetito vivace nel terzo giorno, in cui il polso oscillava tra 80 e 100, e le orine sono un po'sanguinolenti. Nel 4° giorno e seguenti le orine sono normali. Un vomito bilioso nel 9° giorno dovuto a disordine dietetico. Al 2 maggio caduta del pedicello. Una sutura secca collodionata fu praticata nel 9° giorno; a dì 6 maggio si ritira l'ultimo spillo, al livello del quale si era formato un piccolo ascesso nella parete addominale. Nel 13 maggio l'inferma lascia il letto, nel 22 maggio esce di casa, essendo perfettamente guarita, e tre mesi dopo l'operazione non risentiva alcun incomodo.

Abbiamo stimato opportuno di riportare alquanto estesamente questo caso clinico riferito dal dott. Pean, perchè se rare sono le operazioni sì coraggiosamente intraprese, riescendo gravissime per ragioni anatomiche, è pur non frequente che sieno coronate da un esito sì brillante,

che incoraggia ad estenderne l'applicazione in casi, in cui forse nessuna speranza s'avrebbe di poter salvare l'infermo, tranne che instituendo simile atto operativo.

Raddrizzamento brusco dell'anchilosi dell'anca; pel dott. M. PASSOT. (*Bulletin gen. de thérap.* 1876).

M. Passot, allievo di Ollier, in una sua tesi, dopo aver discusso i fatti di raddrizzamento brusco nell'anchilosi ossea dell'anca e dopo aver dimostrato la massima gravezza della frattura del collo del femore, arriva alle seguenti conclusioni:

1.° La frattura del collo del femore è la lesione più frequente, che succeda alle manovre di raddrizzamento brusco nell'anchilosi ossea.

2.° Ha spesso prodotto buoni risultati e giammai accidenti: in tutti gli ammalati ha reso possibile il camminare.

3.° Non esitiamo a consigliare di produrla, allorchè la posizione del membro anchilosato è talmente viziosa da render impossibile e difficile il camminare.

Sarebbe bene aggiungere a queste conclusioni, che l'operazione è contro-indicata allorchè esista una collezione purulenta, quando vi sia minaccia di tubercoli polmonari, e nella grande debolezza, che può impedire il consolidamento della frattura.

Trapanazione negli ascessi delle ossa e nell'osteite a forma nevralgica; pel dott. PERRET. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1876, e *Gior. Veneto*).

La trapanazione dev'essere considerata come il trattamento razionale dell'ascesso intra-osseo acuto e cronico. Questo è il solo mezzo di torre le sofferenze a coloro, che ne sono malati, sottraendoli così a complicazioni, che potrebbero più tardi esigere il sacrificio del membro intero.

Esiste una forma di osteite caratterizzata da gonfiore mediocre dell'arto e da violenti dolori, ora intermittenti, ora continui con esacerbazioni notturne. Quest'osteite ha decorso cronico, interrotto di quando in quando da esacerbazioni, che sono l'origine dei fieri dolori. La causa intima di questo dolore dev'essere attribuita allo strozzamento della midolla in corso di evoluzione negli spazii preesistenti, che non subiscono un proporzionale riassorbimento. La trapanazione può e dev'essere impiegata, quando il chirurgo abbia tentato contro quest'affezione tutti i mezzi locali e generali adatti. Quest'operazione ha in tal caso l'ufficio d'un vero sbrigliamento, e fa scomparire la malattia, come l'incisione nel flemmone diffuso togliendo lo strozzamento.

Trapanazione e svuotamento delle ossa lunghe nei casi di osteite a forma nevralgica; del prof. GOSSELIN. (*Il Raccoglitore Medico*, 30 aprile 1876).

In questo lavoro comunicato all'Accademia delle scienze, l'Autore dice come ricordando le varie applicazioni del trapano alle ossa del cranio, egli sia stato condotto per analogia a ritenere utile tale compenso curativo anche in certe altre malattie affettanti le ossa lunghe; e più specialmente in quelle rivestenti tutti i caratteri dell'osteite a

lungo e lento corso, caratterizzato in particolar modo da questi due principali segni: la condensazione ed ispessimento del tessuto osseo con o senza ascesso, e la intensità dei dolori a forma nevralgica.

Di questa forma morbosa egli ha creduto fare un' individualità a parte, fondandosi sull'apprezzazione analitica di un buon numero di casi osservati da altri chirurghi e specialmente da Brodie e da Cruveilhier; nonchè di quattro occorsi nella sua pratica, nei quali tutti la trapanazione era stata posta in opera, essendo l'operatore nella convinzione di dare uscita per essa al pus, raccolto in una probabile cavità d'ascesso interstiziale dell'osso stesso.

Il risultato immediato ottenuto, avendo messo in evidenza la inesattezza del giudizio, e non essendosi trovato dopo la trapanazione l'ascesso ricercato, ma solamente l'iperostosi con areole e piccole cavità riempite da qualche po' di sierosità o produzioni fungose, Gosselin ha ritenuto, che i dolori intensi e pertinacissimi, che caratterizzano questa malattia, dipendono da infiammazione comunicata per vicinanza e più che tutto da compressione sofferta dai filetti nervosi, che si distribuiscono alle ossa lunghe, percorrendone i canaletti scavati nel loro spessore, della cui esistenza fanno fede le coscienziose e minute ricerche di Gros in Francia, di Kobelt e Kölliker in Germania.

Dopo aver dichiarato di non sapere in modo preciso come le cose si siano passate nei malati degli altri, riferisce ciò che ha osservato nei proprii:

I. Un giovane di 25 anni, il quale colla sua nevralgia ossea aveva in luogo dell'ascesso circoscritto profondo diagnosticato una suppurazione diffusa dell'estremità inferiore della tibia e dell'articolazione del piede (?), non tardò a morire d'infezione purulenta.

II. Una donna, di 36 anni, abbandonò l'Ospitale due mesi dopo l'operazione nello stato in cui si trovava, quando vi entrò.

III. In una giovinetta, di 17 anni, il miglioramento si è pronunciato un po' lento, ma il femore ha finito per diminuire di volume, ed i dolori di intensità, e l'ammalata ha potuto a capo ad un anno, camminando però colle gruccie, non solamente lasciare l'Ospedale, ma partire per l'America, di dove scrisse poco tempo dopo che stava molto meglio, che camminava senza alcun appoggio e non soffriva quasi più.

IV. Quanto ad altre due ammalate, l'una dell'età di anni 28, l'altra di 15, hanno avuto un sollievo assai pronto, e sono rimaste guarite dal loro intollerabile dolore, subito che la ferita prodotta dall'operazione si fu cicatrizzata.

L'Autore quindi conclude con queste parole: Dunque nessun dubbio per me, che la trapanazione e lo svuotamento delle ossa lunghe affette da osteo-nevralgia con dolori violenti e ribelli, senza riescire costantemente, possono giovare certamente in certi casi. Gli è perciò che deve essere consigliata, quando si sono adoperati senza successo tutti i mezzi locali e generali abitualmente diretti contro tale sofferenza.

In quanto al manuale operatorio, consiglia invece dell'applicazione di una sega circolare, il trapano perforativo, col quale egli vuole siano fatti tre o quattro fori a poca distanza l'uno dell'altro, mercè dei quali meglio può riescire il rinvenimento dello ascesso, se esiste e si recidono in tutti i casi un maggior numero dei filetti nervosi, che son sede delle sofferenze. S'intende, che qualora lo si creda opportuno, si ponno far saltare i punti ossei, che intercorrono, colla sgorbia e col martello. Per la medicatura crede sia da darsi la preferenza alla ovattata, che non si dovrà rimuovere per una ventina di giorni.

Appendice. — L'osservazione seguente dovuta al sig. Pigand, e comunicata all'Accademia delle Scienze nell'istessa seduta, sembra dimostrare, che l'osteite condensante a forma nevralgica, può riscontrarsi sulle ossa larghe come sulle lunghe, ed essere guarita colla trapanazione. — Il 12 settembre 1875, dice Pigand, mi fu inviato un giovine dragone di anni 24, che portava nella regione frontale destra, un po' al disopra del sopracciglio, un tramite fistoloso sintomatico di una periostite suppurata, e conducente sopra una porzione denudata resistente e sonora dell'osso sotto giacente. Il principio dell'affezione rimontava a 18 mesi, e nessuna causa speciale, fuori della pressione dell'elmo, non poteva esser invocata come punto di partenza del male. Dal mese di giugno, e ben prima che l'ascesso sotto-periosteo fosse comparso all'esterno, dei dolori nevralgici intensissimi si erano dichiarati in tutta la zona di distribuzione del trigemino destro, come pure sul lato corrispondente del collo sino alla spalla. Tali dolori diventavano due o tre volte al giorno il punto di partenza di un' *aurea epilettica*, che arrivava ai precordi; di là rimontava verso la gola, quindi si terminava in un accesso epilettiforme, tale che 5 o 6 uomini appena bastavano a contenere il malato.

Dopo esaminato il malato, decisi ed applicai una larga corona di trapano sulla parte denudata dell'osso frontale nella speranza di trovare una collezione purulenta o nello spessore dell'osso, o fra esso e la dura madre. A mia grande sorpresa, non solo non eravi alcuna raccolta, ma trovai per contrario un osso durissimo, la cui diploe era intieramente condensata, ed il cui spessore era accresciuto ad un punto tale, che la più gran parte della mia corona di trapano era scomparsa senza che l'avessi ancora attraversato.

Questo disco di osso era stato manifestamente distaccato da un osso ipertrofizzato per osteite: si osservavano sulla sua superficie di sezione delle piccole escavazioni contenenti tessuto fungoso, od almeno qualche cosa che gli rassomigliava molto.

Le conseguenze dell'operazione, furono d'una grande benignità: non febbre traumatica, nè il minimo accidente. Da quel momento cessarono completamente i dolori nevralgici e gli accessi epilettiformi (1).

(1) Un caso assai somigliante venne pubblicato, anni sono, dall'ill. prof. Rizzoli.

Della trapanazione preventiva nelle fratture con spostamento di scheggie della tavola interna o vitrea; pel dott. Sedillot. (*Gaz. des Hôpitaux* e *Giornale Veneto*, ottobre 1876).

Con precedenti comunicazioni fatte all'Accademia delle scienze in Parigi, l'Autore aveva dimostrato l'opportunità di quest'operazione in siffatte circostanze; ed egli lo riteneva anzi l'unico mezzo a prevenire complicazioni inevitabili e quasi sempre mortali.

A combattere la contraria opinione, che pure annovera ancora molti fautori, egli presentava testè alcuni dati statistici, affinchè dalla proporzione della mortalità si avesse ad apprezzare con somma precisione gli inconvenienti ed i vantaggi del metodo, ed apparisse manifestamente che i chirurghi, i quali per timore di danni della trapanazione, attendono la comparsa di minaccianti complicazioni per ricorrervi, potrebbero e dovrebbero salvare un maggior numero di feriti.

Su 29 feriti da frattura della lamina vitrea con ischeggie *non operati* s'ebbero a contare 1 guarito e 28 morti; su 77 *trapanati* 29 guariti e 48 morti; 9 trapanazioni *preventive* diedero 6 guariti e 3 morti; 68 trapanazioni *curative*, 24 guariti e 44 morti; 21 trapanazioni *precoci*, 8 guariti e 13 morti; 47 tardive, 15 guariti e 32 morti. La mortalità quindi fu proporzionale ai ritardi recati all'applicazione del trapano.

Il Sedillot raccomanda nel caso di dubbio e d'esitazione sulla reale esistenza d'una frattura vitrea di ricorrere alla *trapanazione esplorativa* già raccomandata dal Gross, e ch'egli non crede sì pericolosa come altri autori vorrebbero, dovendosi mettere a nudo la diploe. Egli ritiene che l'ablazione chirurgica d'un disco osseo della tavola esterna fratturata non abbia a cagionare la contusione della diploe, d'altronde divisa e messa a nudo in tutte le applicazioni del trapano, le quali abitualmente non danno esiti per sè stesse gravissimi; che se la piemia ne seguì, essa si deve alla violenta azione che produsse la frattura, la quale contuse la diploe e con essa la dura madre; che se il mettere a nudo la diploe può arrecare sì funesti accidenti, come vorrebbesi, a scongiurarli si usi una medicazione antisettica.

Risultati statistici della trapanazione nelle ferite del capo, e specialmente nelle fratture del cranio per arma da fuoco; pel dott. Bluhm. (*Archiv. f. clin. chirurgie*, vol. XIX, fasc. 1°, p. 171, e fasc. 3°, p. 453, 1875-1876).

La questione così controversa delle indicazioni della trapanazione in seguito a lesioni traumatiche del cranio, non può essere sciolta che collo studio completo dei fatti. La memoria di Bluhm, che racchiude la relazione abbreviata di 925 osservazioni: coordinate poi in tavole sinottiche, tornerà utilissima d'or innanzi a quelli che s'occuperanno di codesta questione. In capo a questa statistica si trova l'indicazione bibliografica e la numerazione delle indagini più recenti, i risultati ottenuti, e l'indicazione sommaria delle opinioni sostenute dai chirurghi i più rinomati.

Fra i partigiani convinti del trapano l'Autore pone, con Boyer e Blasius, Legoeust, H. Fischer e Sedillot. Tra gli operatori, i quali non riconoscono per la trapanazione che delle rare indicazioni, ben determinate, annovera: Beck, V. Bruns, Chelius, Paget, Bergmann, Roser. — Infine, fra gli avversari dichiarati all'operazione mette Hill, Dupuytren (?) Ph. de Walther, Löffler, Malgaigne, Dieffenbach, Nussbaum, Esmarch; ma nessuno di questi però fu più spinto di Stromeyer, il quale dichiarava che « quello che pratica al giorno d'oggi la trapanazione, ha egli stesso la testa fessa ».

Si rileva da quest'esposizione, come attualmente in Allemagna avvenga un cambiamento d'opinione in favore dell'operazione del trapano, che era pochi anni or sono quasi assolutamente proscritta. — I partigiani illuminati di questa operazione sono più numerosi, e la stessa memoria di Bluhm è una prova di codesta reazione.

Bluhm incomincia col riassumere qualche statistica anteriore: quella di Fritze (1818-1848), che comprende 301 casi di lesione del cranio, per le quali il trapano fu applicato 113 volte, con una mortalità di 53,98 per cento. — Egli richiama l'attenzione sopra i risultati ottenuti da Blasius, il quale, sopra un numero molto più ristretto però (133 casi), non trovò che una mortalità di 9,77 per cento. Beck e Bruns non hanno dato statistiche complete, ma si l'uno che l'altro riservano quasi esclusivamente il trapano pei casi di frattura complicata del cranio con infossamento di scheggie, o con presenza di corpi stranieri. Bruns fa rimarcare con molto buon senso, che le statistiche non danno che risultati incerti, sia a causa della parzialità, colla quale i chirurghi registrano i loro successi, sia anche perchè si trascura di pubblicare i casi di ferite più o meno leggiere del cranio, nelle quali non si credette opportuno ricorrere all'operazione, qualunque sia stata la riescita di questi casi. Nella stessa guisa di Beck, Pirogoff e Demme essi hanno specialmente studiato i risultati della trapanazione nelle ferite del cranio per arma da fuoco, e le statistiche poco favorevoli, che hanno ricavato dalle loro osservazioni, li portò a limitare le indicazioni nei casi, ove vi sia un infossamento del cranio con ferita e corpi stranieri, oppure in quelli ove esistono dei segni assolutamente positivi d'accumulazione di pus sotto le ossa del cranio. Le cifre ottenute da L. Le Fort, e quelle che risultano dalle operazioni praticate durante la guerra di successione, accusando una mortalità di 56 per cento, in seguito all'operazione del trapano, sono nuovi argomenti, che raccomandano una grande riserva. Quanto ai partigiani moderni della trapanazione, H. Fischer, W. Roser, F. Busch, Bergmann, è principalmente sui pericoli d'una encefalo-meningite consecutiva ch'essi si basano per raccomandare l'intervento; questa è adunque giustificata negli infossamenti del cranio, ma negli infossamenti positivi, che l'esistenza d'una ferita o d'una depressione fan riconoscere, e non in quelli che si presumono fondandosi sull'esistenza di segni problematici di compressione.

È per noi impossibile di fare l'analisi particolareggiata d'un lavoro, che racchiude 925 osservazioni in riassunto, e numerose tavole sinottiche; ma considerando soltanto i risultati generali, che ne sono la conclusione, ed applicandosi sopratutto a separare, a seconda dell'epoca in cui furono praticate, le operazioni di trapanazione in primitive, secondarie e tardive, si è condotti a stabilire una distinzione molto netta fra le prime, le seconde e le terze.

Mentrechè la trapanazione primitiva dà una mortalità di 55,26 per cento, la trapanazione secondaria non dà più che una mortalità di 39,24, e quella che risulta dalle operazioni tardive discende a 33,90. — Questa differenza è più accentuata ancora, quando si considerano solamente i risultati del trapano applicato alle ferite del cranio per arma da fuoco. La mortalità della trapanazione primitiva è in questo caso di 64,29 per cento, quella della trapanazione secondaria di 42,86, e quella della trapanazione tardiva di 11,11. Se è permesso di cavare una conseguenza da cifre lorde, la conclusione di quelle che precedono è l'innocuità assai marcata delle operazioni tardive, quando si confrontano colle operazioni primitive e secondarie, sopratutto nei casi di frattura del cranio per arma da fuoco.

PARONA.

Cisti uniloculare della destra ovaja. Ovariotomia. Guarigione; del dott. DOMENICO PERUZZI. (*Raccoglitore Medico*, serie IV. vol. VI.).

Questa ovariotomia è la 76ª, che si compie in Italia ed una delle poche, che sortirono esito felice.

L'inferma era una donna, di 37 anni, giudicata affetta da ciste dell'ovaja destra, uniloculare, a fluido non molto denso ed avente un peduncolo discretamente lungo, senza anormali connessioni coll'utero.

Decisasi l'operazione, lasciossi passare l'epoca mestruale.

Fatta un' incisione di 15 centim. e scoperta la ciste, la si punse con un trequarti: mano mano che ne colava il liquido contenutovi, si presentava dessa fra i labbri della ferita, e la completa estrazione ne era agevolata dalle mani di due assistenti, che premevano sui lati dell'addome. Essendo il peduncolo piuttosto corto e largo, fu assicurato mediante filo di seta cruda e ritorta. Esistendo poi del fluido ascitico nel cavo peritoneale ed essendovi caduto sangue nel praticare la separazione della ciste, l'operatore decise usare il drenaggio retro-uterino, che praticò con un trequarti per lo spazio del Douglas nella cavità dell'addome, badando a non ledere le intestina ed i grossi vasi, ed annodando i due capi del tubo elastico sul pube.

Disteso l'omento sugli intestini, si riunì la ferita con 4 punti di sutura metallica profonda, comprendendo il peritoneo, e con 8 di sutura superficiale attorcigliata.

Dopo 15 giorni l'operata usciva dallo Spedale perfettamente guarita.

Fa l'Autore osservare il grande vantaggio, che ha il drenaggio retro-uterino per trasfissione della piega del Douglas all'atto stesso dell'operazione, col prevenire le raccolte e per conseguenza gli accidenti

di peritonite e septicemia, che il più delle volte conducono a morte la paziente. Bossi.

Asportazione di quasi la totalità della volta palatina e di porzione del mascellare superior destro; eseguita dal prof. Marcacci. (*Rivista Scientifica*, anno VI. fasc. II.).

La mattina del 25 novembre 1873, venne accolto nella clinica del prof. Marcacci un giovane di nome Giuseppe Nencini per un tumore, che portava da 15 mesi circa sulla volta palatina, della grossezza di un uovo di tacchino. La natura del tumore fu diagnosticata, mediante l'esame microscopico di particelle estratte col cucchiajo di Daviel previa incisione, di un sarcoma molle dell'osso.

Ripetendosi frequentemente le emorragie, si dovette passar tosto all'estirpazione.

Il tumore raggiungeva indietro l'attacco del velopendulo: dal lato destro si confondeva coll'arco alveolare fino al canino in avanti e posteriormente fino all'apofisi pterigoidea dello sfenoide: a sinistra era separato dall'arco alveolare corrispondente per un solco assai stretto; perlochè occupava quasi intiera la volta palatina, ed interessava l'arcata alveolare destra.

Ora ecco la descrizione dell'operazione come la espone l'Autore:

Prima di tutto venne praticata a destra della faccia una incisione leggermente curvilinea a convessità esterna e posteriore; la quale partendo dall'orlo inferiore dell'osso malare giungesse alla commissura labiale: si ottennero così due lembi; uno antero-superiore, l'altro postero-inferiore, che vennero disseccati; il primo fino alla pinna del naso, distaccando un poco questa dall'osso, e senza oltrepassare dal lato della linea mediana il frenulo del labbro superiore, che rimase intatto, il secondo venne disseccato in addietro fino a mettere allo scoperto l'estremità posteriore dell'orlo alveolare, già privo di denti, nella sua congiunzione coll'apofisi pterigoidea dello sfenoide: la incisione primitiva lasciava indietro ed immune il condotto Stenoniano. La dissezione dei lembi è stata fatta rasentando l'osso per risparmiare il più possibilmente il periostio.

Ottenuta così un'ampia apertura della bocca, il prof. con piccolo bisturì panciuto praticò una incisione nella mucosa della volta palatina circoscrivendo il tumore, e incominciando dal lato sinistro a livello del pilastro anteriore dell'istmo delle fauci, continuando in avanti col percorrere il solco, che rimaneva fra il detto tumore e l'orlo alveolare, poi curvandola in avanti e verso destra raggiunse, circoscrivendo sempre il tumore, l'alveolo del piccolo molare, che era mancante e rasentando il canino, che era in posto, risalì all'esterno perpendicolarmente per tutta l'altezza dell'orlo alveolare medesimo, e di qui dirigendosi in addietro orizzontalmente raggiunse l'apofisi pterigoidea dello sfenoide, ed in questa maniera venne circoscritta tutta la massa morbosa visibile: dopo di che con coltello appuntato e molto stretto venne reciso il velo pendulo al

suo attacco alla volta palatina, infiggendo la punta prima dal lato sinistro, e facendolo poi scorrere tutto lo spazio di detto attacco nel senso trasversale, lasciandone dal lato destro un mezzo centimetro perchè ivi non aveva rapporto col tumore. Il velo pendulo così reciso da' suoi attacchi al palato si vide cedere in basso e parve eccitare alcuni conati di vomito, da cui fu preso il malato; l'orlo rappresentante la base del velo medesimo, reso libero, vedevasi formare una curva a concavità superiore e quasi nascondersi dietro la base della lingua. Terminata questa incisione, si accinse alla demolizione dell'osso, usando di uno scalpello, col quale venne seguita a puntino la traccia segnata dal coltello sulla mucosa palatina e sull'orlo alveolare destro, incominciando dall'estremo posteriore; la parte posteriore del palato osseo fu trovata assai molle, e facilmente lasciavasi penetrare dallo scalpello: il restante normale. Diviso così il palato e tutto l'arco alveolare destro, che stava dietro il dente canino, non rimaneva che separare l'unione dell'estremo mascellare coll'apofisi pterigoidea; lo che venne fatto con lieve colpo di scalpello: a questo punto la porzione occupata dalla malattia si fece mobile e venne asportata a due o tre riprese, atteso la sua facile lacerabilità, con pinzette da medicatura. Il velopendulo non cagionando alcun disturbo venne lasciato ondeggiante.

La ferita venne cauterizzata con bottoni di fuoco per distruggere qualunque residuo di malattia.

Dopo un mese l'operato lasciava la clinica, non rimanendogli che un apertura nel palato di circa 3 centim. di diametro. Indi a due altri mesi circa quest'apertura non misurava che 5 centimetri. La voce erasi fatta un po'nasale: la deglutizione dei cibi solidi ben masticati normale, tantochè stimossi inutile ricorrere all'otturatore artificiale. Bossi.

Tre trasfusioni di sangue in casi di pioemia, eseguite dal prof. Marcacci e seguite due da morte ed una da guarigione. (*Rivista Scientifica*, anno VI, f. 1°, 2°).

Il chiarissimo dott. Mussi ed i distinti studenti Pellizzari e Lachi raccolsero tre storie di trasfusione del sangue eseguite dal prof. Giosuè Marcacci in casi di gravissima pioemia. In due dei primi operati la trasfusione riuscì infruttuosa, fu coronata da pronta guarigione nel terzo.

L'operazione veniva fatta nei primi due infermi dopo ch'erano stati colti da ripetuti brividi di freddo, e quando gli ascessi metastatici si erano già formati: onde la trasfusione, tuttochè apportatrice di rapido miglioramento, non valse a vincere e modificare le gravi alterazioni organiche, ed a frenare quelle continue gettate di pus, che a guisa di piccoli semenzai si raccolgono, nell' infezione purulenta, nei vari organi del corpo.

Nel terzo caso, eseguitasi l'operazione immediatamente dopo il primo brivido, si ottenne la guarigione.

Infatti, se è vero, come ben dice il Pellizzari, che il rinnovarsi di

ogni brivido dà indizio di nuovo versamento di pus, tanto più sarà efficace il rimedio quanto meno i brividi si saranno ripetuti.

Per la prima di queste trasfusioni venne adoperato sangue umano venoso; nelle altre il sangue d'agnello, il quale se differisce alcun poco dal sangue umano, offre l'altro naturale vantaggio di essere arterioso e quindi maggiormente fornito di principii vitalizzatori.

In tutte e tre le storie si trovano descritti diligentemente i fenomeni, che tosto ed in seguito succedono all'injezione del sangue nella vena del pioemico: questi fenomeni furono in tutti i tre casi identici e si possono riassumere nei seguenti: forte oppressione di respiro, tosse, dispnea, agitazione: poi rossore ed accensione del viso, battiti visibili delle temporali, polsi ampii, vibrati, tesi e sostenuti: sensazione di benessere, respiro calmo, morale rialzato.

In alcuno si risveglia il senso della fame, l' intelligenza si fa chiara: in altri si hanno profusi sudori.

Possiamo concludere che quest' operazione può essere usata con sommo profitto al primo manifestarsi dell' infezione pioemica, arrestandone anche il processo morboso; una volta però formatisi gli ascessi metastatici, se puossi colla trasfusione averne un miglioramento, certo è impossibile la guarigione. BOSSI.

Di una tracheotomia improvvisa per un piccolissimo spillo penetrato nella laringe; eseguita in mezzo alle agitazioni di una prossima soffocazione; pel prof. GIOSUÈ MARCACCI. (*Lo Sperimentale*).

L'Autore colla pubblicazione di questa istoria ha voluto dimostrare come in certi casi perigliosi e pressantissimi sia possibile praticare la tracheotomia di un colpo e col solo bisturì. Fermata fra il pollice e l' indice sinistri la trachea e portata la lama del tagliente fra essi, che servono a fissare la punta, limitata colle stesse dita della destra la porzione del coltello che deve penetrare, si tagliano in un sol tempo entrando a colpo gli anelli tracheali dall' indietro all' infuori.

Il soggetto dell'Autore era un giovinotto robusto, di 20 anni, il quale tenendo fra le labbra uno di quei piccolissimi spilli, che servono ad appuntare la carta moneta, mentre ne enumerava i fogli resi liberi dallo spillo, questo venne in una inspirazione trascinato nella laringe, con minaccia immediata di soffocazione.

La faccia era cianotica, i polsi si perdevano, la calorificazione diminuiva, la congestione cerebrale si faceva vieppiù evidente, un sudore freddo bagnava le carni; tutto accennava ad una prossima morte.

L'Autore chiamato in quel momento non aveva seco che un piccolo bisturì retto; tuttavia non vi era luogo ad indugi, bisognava agire. Fatto collocare il paziente sul letto, scoperto il collo, mentre si agitava, il chirurgo a braccia distese applica il pollice e l'indice sinistri sui lati della trachea per stringerla e fissarla, fra di essi pone la punta del coltello e visto impossibile incidere metodicamente la pelle, come potè e più guidato dal tatto che dall'occhio, abbraccia colle dita che tengono la tra-

chea, la lama del coltello, che, fatto perpendicolare, lo spinge per quanto occòrre a non oltrepassare il canale aereo, e traendolo in basso, di un sol colpo incide tre o quattro anelli tracheali. Spinse, in allora, l'apice dell'indice sinistro contro l'angolo superiore della ferita per lasciar spazio all' ingresso dell' aria, che penetrava insieme a sangue nero abbondante. Quel sangue disceso nei bronchi provocò impetuosi colpi di tosse, che trascinarono lo spillo sulle labbra del paziente.

La ferita riunita con sutura attorcigliata dopo tre giorni era guarita.

L'Autore, crede, che lo spillo ripiegato nel mezzo a lettera L fossesi soffermato a livello delle corde vocali, colla punta infissa nella mucosa e in giù diretta da un lato e colla testa dal lato opposto quasi trasversalmente; questa giacitura doveva renderne difficile la discesa nell' inspirazione e facilitarne l'uscita nell'espirazione.

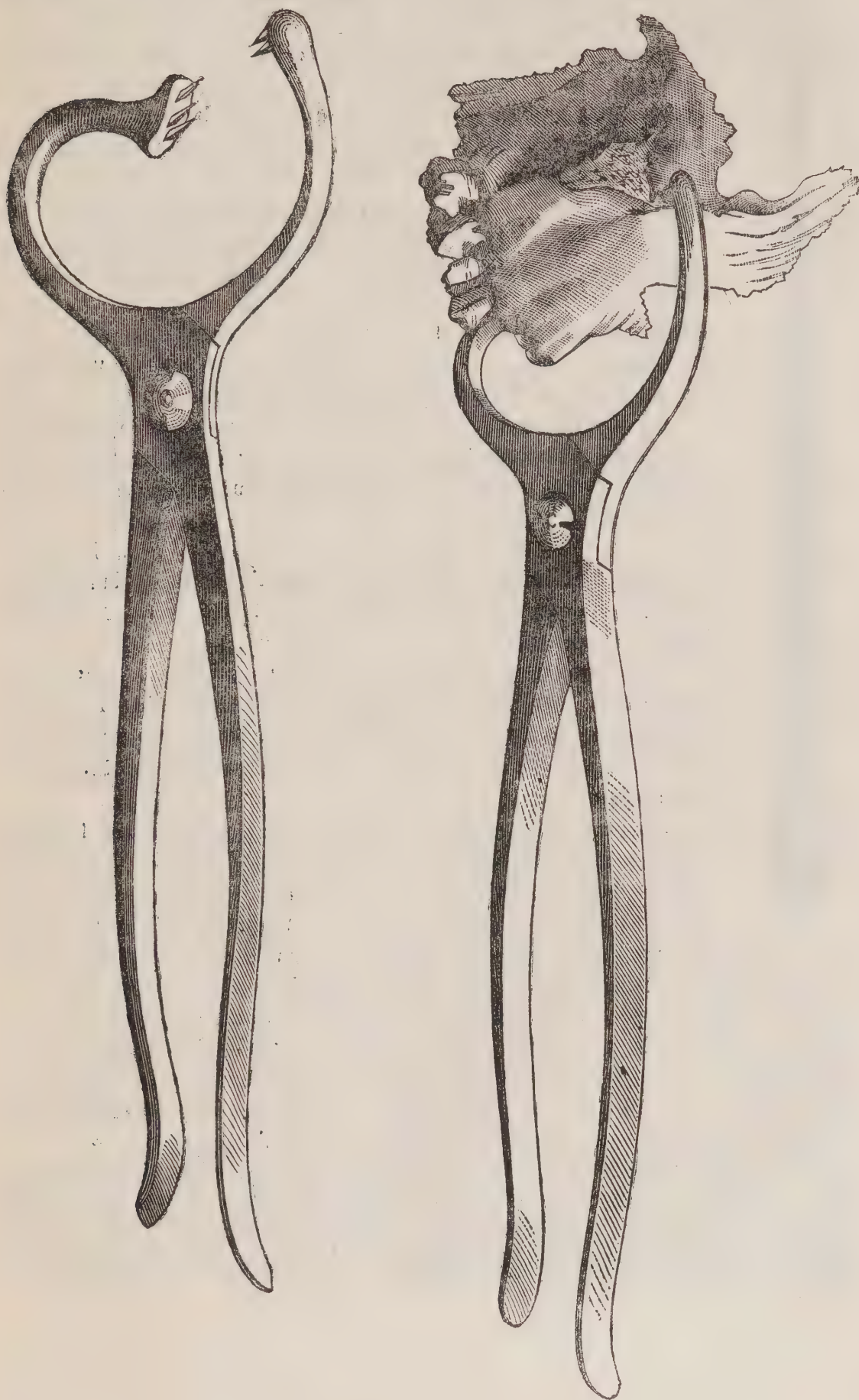
La presenza dello spillo nel canale, provocando la contrazione spasmodica dei costrittori, determinava la soffocazione. Bossi

Di una tanaglia per la più facile demolizione del mascellare superiore. Lettera del prof. Marcacci al prof. Rizzoli. (*Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna*, serie 5, vol. XXII).

Nel praticare la esportazione completa del mascellare superiore disgiunto che sia dalle sue principali congiunzioni, apofisi montante, osso zigomatico, volta palatina, s'adoperava a compierne la lussazione una tanaglia qualunque, applicandone una branca al piano orbitario, l' altra contro la volta palatina. L' Autore, avendo riconosciuto come simili tanaglie male servano allo scopo, perocchè di frequente o le branche scivolano e manca la presa o si frattura l'osso, ne ha ideata una nuova, che evita tutti questi inconvenienti, facendo una presa così solida, che di un sol colpo vince le resistenze qualunque esse sieno, senza compromettere la integrità dell'osso.

Eccone la descrizione, che fa l'Autore:

« Le due branche di presa della nuova tanaglia hanno la curva, che si guarda, inflessa in modo, che possa adattarsi alla forma delle parti che deve abbracciare; delle branche l' una, la superiore od orbitaria, è più allungata per raggiungere il piano orbitario. Nel punto in cui deve corrispondere al contorno della base dell'orbita è lievemente incavata per riceverlo. L'altra branca, o palatina, è più corta e possiede una incavatura anche maggiore per ricevere entro di se l'orlo alveolare anche quando fosse provveduto dei denti, ove non si fosse creduto opportuno di farnegli estrarre; ambedue terminano con una placca, o bottone depresso, affinchè prema sopra maggiore estensione, sagrinato e munito di punte solide, che ponno penetrare nei tessuti ed anche nell'osso, perchè altrimenti scivolerebbe di sicuro. Le punte devono avere una direzione nel senso del movimento, che debbono eseguire le branche della tanaglia nell' atto del movimento di leva. È anche necessario che la pressione dei bottoni vada a farsi sull'orlo orbitario e sulla faccia interna dell'orlo alveolare; che più indietro l'osso si spezzerebbe ».

Le figure che seguono, più che qualsiasi descrizione danno una precisa idea della forma di questa tanaglia e del suo modo di agire.

Ma il prof. Marcacci chiama l'attenzione dei pratici anche su di un altro fatto che sebbene di minore importanza merita però di essere considerato. Nel lussare che si fa da ultimo il mascellare superiore, il che è piuttosto una frattura, la lamina papiracea dell'etmoide si rompe assai irregolarmente, lascia delle scheggie più o meno isolate o pendenti, delle punte, degli angoli, che potrebbero necrosare e favorire le flogosi, le suppurazioni e ritardare la cicatrice. Onde evitare simili inconvenienti, il detto professore pensava di intaccare l'osso per quanto si potesse ottenere una rottura più regolare. A questo fine fece costrurre una piccola sega a denti impiantati sull'asse di una laminetta a modo di spattolina e così schiacciata da potersi insinuare fra l'osso ed il globo oculare di già separato senza nuocergli; con movimenti lenti e moderati di *va* e *vieni* si crea un solco, lungo il quale si farà più regolare la spaccatura.

Le prove che il prof. Marcacci eseguiva con questi suoi stromenti sul cadavere, depongono per la importante loro utilità pratica, quando verranno adoperati in ajuto della chirurgia operativa.

Bossi.

Due operazioni chirurgiche eseguite colla galvano-caustica; del dottor Domenico Peruzzi. (*Raccoglitore medico*, serie IV, vol. VI).

Queste due operazioni felicemente condotte, servono a dimostrare sempre più l'azione scindente e ad un tempo emostatica dell' ansa galvanica, quindi la sua supremazia sul tagliente, sulla legatura e sullo schiacciamento lineare di Chassaignac.

La prima fu praticata su una donna affetta da fibroma omatoso al collo dell' utero. Cloroformizzata l' operanda, con una pinzetta di Museux il chirurgo afferrò il collo dell'utero alterato e mediante dolci trazioni lo tirò in basso fin quasi all'osculo vaginale; passata allora un' ansa di filo di platino fino al solco circolare, che separava il collo ammalato dal tessuto sano sovrastante, lo strinse moderatamente, girando il volante posto sul manubrio. Aperto allora il varco alla corrente, cominciò la sezione, la quale procedendo lentamente, con successive chiusure e aperture del circuito, sezionò in due minuti primi l'intero collo uterino, senza che una sola goccia di sangue ne uscisse durante e dopo l'operazione.

Indi a due mesi la cicatrice era salda, uniforme, colla ricostituzione di due piccole labbra, nel centro delle quali si vedeva il meato uterino.

Nel secondo caso si trattava d'un cancroide esulcerato, che interessava tutto il lato sinistro della lingua, e contro il quale a nulla giovarono tutti gli altri soccorsi.

Afferrata colla pinza di Museux la porzione sinistra della lingua, la stirò in fuori più che potè; impugnato allora un ago tubulato a punta, lo fece penetrare al lato sinistro del frenulo fino a farlo sortire in corrispondenza del dorso della lingua verso la base; fatto passare un filo di platino ritirò l'ago. Insinuati i due capi dei filo nel porta-ansa, aperto il varco alla corrente termo-elettrica, in poco meno di un minuto primo si divise la lingua longitudinalmente all'unione del suo terzo esterno sinistro col terzo medio, senza che si presentasse una sola goccia di sangue.

Ciò fatto, condotta l'ansa apparecchiata ad immediato contatto del pilastro anteriore sinistro del velo palatino, dopo aver con essa recinta la detta porzione di lingua, sollecitamente ed in modo affatto incruento l'asportò.

Dopo 16 giorni dall'operazione, l'ammalato felice del risultato ottenuto, potendo parlare intelligibilmente, deglutire senza incomodo, non risentendo alcun dolore ed a cicatrizzazione completa della ferita, se ne partiva per ripatriare. Bossi.

Resezio-disarticolazione sotto-cassulo-periostea della estremità superiore dell'omero destro per osteite, con necrosi e semi-anchilosi; eseguita dal prof. Pasquale Landi. (*Sperimentale*, anno XXX, 1876).

Il risultato definitivo delle principali resezioni, in generale, non può conseguirsi che in un periodo di tempo piuttosto lungo: 1.° perchè la guarigione non può a rigore dirsi completa e perfetta finchè la continuità o la contiguità scheletrica e la funzionalità dell'arto non siano ristabilite; 2.° perchè i movimenti dell'arto stesso non potendo essere reintegrati che con il suo metodico e progressivo esercizio, questo non può riescire pienamente efficace, se non sia continuato per lungo volger di tempo.

Le resezioni poi, quanto perdono di pratico valore allorchè conducono a risultati opposti a quelli più confacenti alla naturale funzionalità della parte operata, altrettanto ne acquistano quando soddisfano a quest'ultima indicazione.

Queste sono le considerazioni, che l' illustre clinico fa precedere al racconto dell'operato di resezio-disarticolazione dell'omero.

Trattasi di un tal Pizzani, d'anni 14, di Colle d'Elsa, il quale fin da ragazzo era stato ammalato per ripetuti ascessi d' indole infiammatoria in diversi punti del braccio destro; la marcia s'avea fatta strada ora alla parte anteriore, ora alla posterior esterna di questo, ora all'ascella, lasciando aperture fistolose tuttora pervie.

L'Autore, esaminato il Pizzani nella sua clinica, lo giudicava affetto da osteite suppurante e necrotica del terzo superiore dell'omero, complicata da semi-anchilosi; ciò in base all'anamnesi ed ai sintomi obbiettivi seguenti: deltoide, testa dell' omero e scapola atrofici, abolizione dei movimenti di abduzione ed elevazione; omero spoglio dal periostio

e scabro. Escludeva la scapolalgia per la rimanenza dei movimenti all' indietro ed all' innanzi.

Decise quindi di passare alla resezio-disarticolazione del terzo superiore dell'omero, conservando possibilmente il periostio e la capsula articolare, operazione, che, secondo l' Autore, soddisfaceva a tutte le indicazioni.

Fatta una profonda incisione, che partendo dal becco coracoideo finiva alle inserzioni inferiori del deltoide, aperta la guaina del tendine del tricipite e spostatolo, completava l' incisioue del periostio e della capsula fino al contorno della cartilagine diartrodiale, distaccando i tendini e sgusciando completamente l'osso dalla sua matrice.

Passava quindi all'estrazione dell' osso, segandolo in basso dov' era sano: sotto l'azione di questi movimenti, la cartilagine diartrodiale si distaccò in parte dall'epifisi, per cui dubitando della sua normale struttura veniva anch'essa asportata.

Riunita la ferita con punti di sutura staccata, lasciando liberi gli angoli, dai quali uscivano le estremità d'un tubo a drenaggio, immobilizzava l'arto con ferula di cartone a doccia.

L'osso esportato era lungo 12 centim. e conservava, eccetto che nella parte inferiore, chiara vestigia dell'osteite rarefacente.

Dopo circa 4 mesi d'alternative di miglioramenti e peggioramenti, l'operato poteva dirsi quasi guarito: la ferita s'era pressochè completamente cicatrizzata, i movimenti del braccio, resisi possibili e facili, escluso quello di rotazione; l' infermo poteva alzare pesi da terra, scrivere, portar la mano al capo, ecc.

Rigenerazione ossea e ristabilita continuità scheletrica, con accorciamento dell'arto di soli 4 centimetri, funzionalità in gran parte ricuperata e buona salute generale erano le condizioni, in cui trovavasi il Pizzani quando volle tornare a casa.

Dopo un anno circa si ripresentò alla clinica; la ferita era cicatrizzata perfettamente; atrofici erano i muscoli del braccio e sopratutto il deltoide; quanto alla funzionalità, ad eccezione del movimento di rotazione e circumdazione affatto abolito, gli altri tutti si compievano bene; lo scostamento volontario del cubito dal tronco però non potevasi effettuare al di là di 20 centimetri. BOSSI.

Contribnzione alla storia clinica della estrofia vescicale; del professore PASQUALE LANDI. (*Sperimentale*, anno XXX, 1876).

Prima di passare alla esposizione del fatto, che gli appartiene, il prof. Landi ricorda i diversi processi operativi contro simile affezione, e che crediamo utile brevemente richiamare.

Roux (1852) formava un lembo cutaneo nello scroto e ne sovrapponeva la parte epidermica alla vescica extrofica, facendo uscire al disotto del margine inferiore di quello la verga; la maggior parte però del lembo gangrenossi, ma tuttavia fu reso possibile al malato di servirsi

per la prima volta di un recipiente per raccogliere l' urina e proteggere la vescica.

Richard (1853) volendo premunirsi della gangrena, faceva due lembi; l'uno togliendolo dalle pareti addominali, l'altro dallo scroto; questi due lembi eran sovrapposti, per modo che le due faccie sanguinanti si combaciavano e delle epidermiche l'una corrispondeva alla vescica, l' altra alla superficie esterna del corpo.

L'operato morì per peritonite

Pancoast, faceva pure due lembi, disseccandoli dall'infuori all'indentro dalle regioni inguino-iliache, rovesciando la faccia cutanea sulla mucosa vescicale e riunendo i margini loro con sutura sulla linea mediana. Il risultato fu imperfetto, perchè l'urina scorreva da un' apertura inferiore sui lati dello scroto e col tempo dalla stessa apertura ne usciva la mucosa vescicale.

Ayres di Brooklin prese un lembo al disopra della vescica e rovesciatolo in basso lo fissò al tegumento circostante alla mucosa vescicale cruentato. L'operazione ebbe pieno successo.

Holmes (1863-68) operava come Richard, fuorchè disseccava un lembo da uno degli inguini e con quello copriva completamente la vescica; il secondo dal lato opposto dello scroto, sovrapponendolo esattamente al primo e mettendone a contatto le superfici sanguinanti. Assicurata la vita e l'adesione dei lembi, chiudeva l'apertura superiore del ponte cutaneo fissando con sutura attorcigliata il margine corrispondente sulla pelle dell' addome. Su cinque operati, tre ebbero esito fortunato.

Wood tracciava al disopra dell'extrofia un primo lembo arrotondato comprendente tutti i tessuti fino al muscolo retto e di dimensioni maggiori della deformità vescicale; disseccava poi due lembi laterali piriformi, a base larga, fra lo scroto e la coscia; rovesciava il lembo superiore sulla vescica, girava sulla loro base i due lembi laterali, sovrapponendo la loro faccia sanguinante a quella identica del primo lembo e mettendo in rapporto i loro margini superiori sulla linea mediana e nella stessa direzione di quella. Fissava con sutura attorcigliata questi margini e il lembo superiore, comprendendo con ogni punto di sutura i lembi laterali e parte del sottostante.

Di otto operati sei rappresentano altrettanti successi.

Billroth (1873) in un giovanetto affetto d'estrofia vescicale eseguì in 22 mesi 19 volte l' operazione. I suoi metodi però nulla presentano d' originale.

Nel 1870 Ashurst di Filadelfia dovendo operare una bambina di 6 anni e mezzo, messe in opera il processo di Wood, del quale però modificò l'ultimo tempo, facendo tre cuciture in luogo di una sola. Il risultato dell'operazione fu assai soddisfacente.

Maury (1871) operò felicemente due giovanetti affetti d'estrofia vescicale complicata d'ernia scrotale col seguente metodo:

Fece partire un' incisione curvilinea dal terzo esterno del legamento del Poparzio, e la condusse in basso al disotto dell'ernia e dello scroto fino al mezzo del perineo, e la continuò quindi snl lato opposto fino a livello del punto corrispondente, d' ond' era partito. Disseccato questo lembo dal basso in alto fino alla radice della verga, gli fece un' incisione, per la quale fece passare la verga. Praticò sulla parete addominale da basso in alto un lembo in forma di sportello da trappola: rovesciò il lembo inferiore sulla vescica e mise in squadra le estremità del medesimo, con la sutura di Pancoast lo portò e lo fissò solidamente al disotto del lembo superiore.

Boscher di Melboume operò con pieno risultato una giovane di 17 anni, usando il metodo di Pancoast.

Ruggi da Bologna (1871-73) ha eseguito con successo tre operazioni di estrofia vescicale. Cominciò a formare un lembo quadrilatero dall'infuori all'indentro della regione inguino-iliaca e di grandezza proporzionata alla deformità: praticò quindi un altro lembo d'egual forma dall'altro lato, disseccandolo in modo però, che non rimanesse attaccato al ventre ch per l'angolo inferiore ed interno. Rovesciò il primo sulla vescica, e girato il secondo sul suo peduncolo, lo sovrapporse esattamente all'altro, mettendone in diretto rapporto le rispettive superfici cruente.

L'urina però usciva dall' apertura superiore, quando l' operato era nella posizione orizzontale, per cui il Ruggi dovette completare la prima operazione con la chiusura di quest'apertura, usando d'un lembo cutaneo quadrato tolto dalla parte mediana dell' addome, e rovesciandolo sul margine superiore del ponte debitamente cruentato. Nel terzo operato però non credette conveniente completare la parete vescicale in causa dell'accrescimento dei peli sulla superficie cutanea in contatto della vescica, peli che dovean esser divelti mano mano, che si riproducevano attraverso alle aperture lasciate dal ponte cutaneo.

Hirschberg (1873) operava un bambino di 15 mesi, ricoprendo la mucosa vescicale con un sol lembo cutaneo; questo si riunì ai tegumenti circostanti all'estrofia per prima intenzione: ma essendosi retratto in basso e rimanendo scoperta parte della vescica, dovette ricorrere alla maniera di Thiersch, trasportandovi il prepuzio e mettendolo in rapporto con il lembo protettore della vescica.

Il successo però lasciava a desiderare.

Vilkins e Howard Marsk (1875), eseguirono operazioni d'estrofia vescicale, tutti e due usando del metodo di Wood: Vilkins in causa dell'accidente della retrazione dei lembi dovette finire l'operazione, prendendo un lembo dallo scroto e completando con quello la parete vescicale: collo stesso convertì l'uretra in canale, nel quale introdusse una siringa che raccoglieva le urine.

Enrico Bigelow (1875) ha operato 3 casi di estrofia con nuovo metodo, ma la descrizione del processo operatorio e così oscura ed imperfetta, che è inutile riferirla.

Thiersch ritenendo, che nella cura della estrofia vescicale si debba non solo ricostituire la parete mancante vescicale, ma eziandio convertire in canale quella porzione di doccia uretrale che spetta al glande, crede render possibile l'applicazione di apparecchi meccanici atti ad impedire la perdita dell'urina, propose e praticò (1869-1875) nuovi processi operatorii, che sperimentati su 6 malati ebbero, pare, sempre esito fortunato.

Ai lati della doccia uretrale del glande, Thiersch fa due incisioni parallele, leggermente convergenti indietro, estese in profondità fino ai tre quarti della spessezza del glande: sovrapone alla porzione mediana dello stesso le due porzioni laterali e con sutura attorcigliata ne unisce fra loro le superfici cruente. Il rivestimento epiteliale del pezzo centrale rende possibile, impedendo la riunione completa, la formazione di un canale nel glande, alla cui formazione deve concorrere la presenza di una siringa.

Per allungare alquanto questo canale, Thiersch fa un incisione cutanea orizzontale al prepuzio teso, passa in questa il glande, e riunisce con sutura il foglietto mucoso del prepuzio con la estremità posteriore dell'uretra neoformata e cruentata.

Compiuta questa prima parte dell'operazione, passa alla formazione dei lembi, che debbono ricoprire la vescica. Il lembo destinato per la metà inferiore di questa è formato d'alto in basso, per modo che il suo margine interno costeggi in principio il margine interno del muscolo retto, poi s'inflette in avanti lungo l'inferiore della vescica fino alla radice del pene; il margine esterno deve discendere parallelamente fino al legamento del Poparzio. Questo lembo in tutta la sua lunghezza viene separato dallo strato sottostante e tenuto discosto con una placca di stagno o d'avorio o di vetro, mentre rimane in comunicazione in alto e in basso con il resto dei tegumenti.

Dopo 3 settimane se ne recidono gli attacchi superiori, lo si gira sul suo peduncolo inferiore e si applica in traverso sulla porzione inferiore di vescica, il cui contorno va cruentato; vi si fissa con sutura.

Passati 15 giorni, assicurata la riunione del lembo al margine inferiore di questo si fa aderire il collaretto prepuziale, chiudendo così l'apertura esistente fra la base del glande ed il collo della vescica.

Il secondo lembo laterale si forma nella stessa guisa del primo, togliendolo dal lato opposto: dopo 3 o 4 settimane si taglia nella sua estremità superiore, si applica di traverso sulla porzione superiore della vescica, mettendo in rapporto il suo margine inferiore col superiore del primo lembo. La faccia granulosa del lembo ricopre così la mucosa vescicale, sorpassandola un po'in alto, dove ricopre la superficie granulante stabilita nella estensione di 2 centim., a livello del rilievo superiore della vescica medesima.

Si compie l'operazione cruentando i margini contigui dei due lembi

trasversali ed unendoli con sutura superficiale e profonda. Una siringa spinta nel meato orinario fino al disotto del lembo inferiore favorisce lo scolo dell'urina per l'uretra.

La cura dura un anno.

Erano a questo punto gli studii pratici intorno all'estrofia vescicale, quando all'Autore venne l'opportunità di operare certo Carlo Ferrucci da Barbonina (25 marzo 1876), di mesi 34.

Fra i diversi processi operatorii la scelta era facile: quello di Thiersch offriva sugli altri il duplice vantaggio di riparare alla deformità vescicale, sopraponendo alla medesima la superficie granulante anzichè la cutanea dei lembi molesta per la produzione dei peli, e di condurre a meno imperfetta guarigione la deformità stessa complessivamente considerata, ricostituendo con altri lembetti autoplastici la porzione terminale del canale uretrale: ma l'Autore non conosceva ancora gli studii di Thiersch, nè il Ruggi avea peranco pubblicata la sua ultima storia, per cui stabilì seguire la pratica operatoria usata fin allora, di restaurare cioè esclusivamente la deformità vescicale, scegliendo il metodo del Ruggi.

Ecco ora il racconto, che fa l'Autore di questa sua operazione:

« Superfluo sarebbe descrivere il processo operatorio, perchè ad eccezione della chiusa all'apertura superiore del ponte cutaneo, che non credei necessaria, la esecuzione della manualità operatoria fu una esatta applicazione dei precetti ed una imitazione della pratica di questo valente chirurgo. Dirò soltanto che l'area della estrofia misurando 3 centimetri e mezzo in lunghezza e 3 in larghezza alla sua base, che era in alto, detti al lembo sinistro le dimensioni in lunghezza di 7 centimetri e mezzo, ed in larghezza di 8 centimetri; ed al lembo destro le dimensioni di 8 centimetri e mezzo in altezza, non compreso il peduncolo, e di 8 centimetri in larghezza, dovendo i lati verticali di quest'ultimo lembo, per torsione sul suo peduncolo, divenire orizzontali nel soprapporsi completamente con la faccia cruenta alla corrispondente del lembo sinistro.

« Niuno accidente venne a turbare il regolare procedimento della operazione, compiuta sotto l'azione della narcosi cloroformica. Le superfici cruente lasciate dai lembi autoplastici, furono ristrette nei loro angoli con sutura attorcigliata, dopochè il lembo sinistro con il suo margine verticale era stato fissato per il primo con sutura metallica a contorno destro della deformità vescicale, già denudato per la dissezione del lembo di questo lato, e quindi in parte con sutura metallica, ed in parte con sutura attorcigliata, il lembo destro era stato assicurato nei suoi debiti rapporti col sinistro.

« Fecero la prima medicatura una sindone intrisa di olio di mandorle, e delle posche di acqua fredda.

« La reazione fu mite e di breve durata. Soltanto nel terzo giorno l'operato fu molestato da qualche scossa nervosa e la temperatura

ascese a 39°. Le orine rese acide, e perciò meno infeste ai tessuti, per l'amministrazione di una bevanda fosforica, uscivano per la massima parte dalla apertura inferiore della nuova parete vescicale, e scorrevano a preferenza sulla doccia uretrale del piccolo glande.

« Decorsi appena 3 giorni, il lembo destro dette segno di mortificazione in alto, per cui furono tolti alcuni punti di sutura, che univano insieme i due lembi, e alla primitiva medicatura fu sostituita quella fenicata. Furono tolti altresì i punti di sutura attorcigliata dagli angoli delle aree piagate e già suppuranti. La gangrena distrusse quasi la metà di quel lembo, lasciando affatto incolume il sottostante, che con il suo margine a poco a poco si rovesciò accartocciandosi di dentro in fuori e di alto in basso e costituì un orlo cutaneo, che mentre ne raddoppiava in quel punto la grossezza ed al tempo stesso lo poneva a più immediato un contatto con la parete addominale, non riusciva insufficiente a ricoprire debitamente la deformità, quand' anche in progresso di tempo avesse partecipato al generale sviluppo dell'organismo. Sicchè il danno procurato da quell'accidente fu ben lieve; sarebbe stato invece assai grave se avessi dato ai due lembi minori dimensioni, oppure avessi costituito la nuova parete vescicale con un solo lembo.

« Gli altri punti di sutura furono rimossi nei giorni successivi, e secondo che si faceva più presto la suppurazione dei margini raffrontati o la loro adesione; la qual ultima fu in parte immediata ed in parte secondaria e stentata per il trapelamento a traverso a quegli stessi margini dell'orina, i cui sali incrostando i circostanti tessuti, venivano disciolti con l'applicazione topica di acido cloridrico allungato. Assai più lenta della totale adesione del margine anteriore del lembo sinistro alla parete destra dell'addome, e di ambedue i lembi fra loro, fu la cicatrizzazione delle piaghe laterali; nondimeno circa la metà di giugno essa era completa.

« L'intento dell'operazione era dunque conseguito ed assicurato: un nuovo caso operato e guarito potevasi aggiungere ormai alla relativa somma precedentemente indicata. La parete neoformata nascondeva e tutelava infatti la deformità vescicale; la porzione estroflessa del margine superiore del lembo sinistro riunitosi al corrispondente margine del lembo destro, aveva ristabilito la continuità della superficie cutanea interrotta in passato dalla parziale cancrena; l'apertura superiore del ponte dava passaggio raramente a qualche goccia di orina, e soltanto allorchè il paziente era giaciuto; il piccolo glande con la sua porzioncella di doccia uretrale sporgeva dall' apertura inferiore del predetto ponte cutaneo, e serviva di conduttore alle orine, in modo che si sarebbe potuto raccoglierle senza difficoltà in addatto recipiente; le cicatrici erano solide, insensibili e non esercitavano moleste trazioni, nemmeno nella deambulazione; infine erano più che discrete le condizioni generali. »

In questo stato, che si mantiene tuttora, il Ferrucci fu licenziato

dalla clinica il 26 di giugno, ossia 3 mesi dopo subita la operazione, e col progetto di munirlo quando sarà fatto più grandicello di apposito apparecchio per raccogliere le urine, supplendovi frattanto con una spugna. Bossi.

RIVISTA DI OSTETRICIA

del dott. A. GUELMI

Penrose — *Trattamento nelle presentazioni della faccia.*
Trosk James — *Injezioni di tintura di jodio nell'utero contro le emorragie puerperali.*
Eshleman — *Sulla inserzione viziosa della placenta.*
Copeman, Graily Hewitt e Thomas — *Cura dei vomiti incoercibili della gravidanza.*
Albert Smith — *Azione stimolante del chinino sull'utero gravido.*
Deutsch — *Indagini microscopiche sul latte.*
Archer Farr — *Salivazione spontanea coincidente con una gravidanza.*
Lente — *Mancanza delle acque dell'amnios nel parto.*
Fehling — *Impiego dell'acido salicilico a scopo ostetrico.*
Hughe — *Della septicemia puerperale.*
Clapperton — *Genesi della febbre puerperale.*
Claye Show — *Di qualche forma di follia legata allo stato puerperale.*
Kehrer — *Esperienze sull'infiammazione e sulla febbre eccitata dai locchi.*
König — *Del bacino cifo-scoliotico-rachitico e sua influenza nel parto.*
Kleinvächter — *Influenza del tempo sul principio del parto.*
Greenhalgh — *Cause, diagnosi, patologia e cura del travaglio arrestato.*
Tylor C. — *Osservazioni sull'influenza della digestione della madre sulla frequenza del polso fetale.*
Löhlein Erm. — *Significato dell'enfisema sotto-peritoneale ante-uterino durante il parto.*
Breiscky — *Diagnosi del bacino spondilolistetico sulla donna viva.*
Thomas — *Caso di gravidanza curata con un nuovo metodo operatorio.*
Duncan M. — *Rottura centrale del perineo, e del setto retto-vaginale portato da ulcerazione dopo il parto.*
Thomas Smith — *Cura della rottura del perineo.*

The treatement of face presentations. (*Trattamento della presentazione della faccia*) pel dott. Penrose. (*Americ. supp. to the obst. Joun.* avril, 1876).

Si può osservare nelle opere classiche d'ostetricia una tendenza ad assimilare fino ad un certo grado le presentazioni della faccia a quelle del cranio, sotto il punto di vista delle difficoltà del travaglio. L'Autore al contrario fa osservare esservi tanto poca analogia fra la presentazione della faccia e quella del cranio, che fra quest'ultima e quella del tronco. Non già che i diametri sieno in sè stessi sfavorevoli, e che non possano adattarsi alle diverse dimensioni del bacino: ma vi hanno due fatti meccanici, che distruggono questa analogia, fatti meccanici, conosciuti da lungo tempo, ma ai quali non si è accordata sufficiente attenzione.

1° La forza espulsiva in luogo di agire direttamente sulle presentazioni per l'intermezzo della colonna vertebrale, come nelle presentazioni del cranio, o delle natiche, si esercita in una direzione assai obliqua (60, 70 e forse 90), ciò che spiega la lentezza estrema del travaglio.

2° La faccia non può discendere nell'escavazione al di là di 5 a 6 centim, cioè a dire della lunghezza del collo, e non può fare il movimento di flessione per sortire, che alla condizione di fare la sua rotazione. Ora la rotazione è dovuta, secondo Penrose, alla resistenza del perineo pel cranio, e le natiche; nelle presentazioni della faccia, la presentazione non potrebbe arrivare al perineo, la rotazione manca, o se effettuasi sotto l'influenza di lievi resistenze laterali, essa si eseguisce male.

Quest'ultima osservazione particolarmente colpì lo spirito dell'Autore.

In un parto, di cui dà la relazione, l'Autore si trovò in presenza di una donna vigorosa, a largo bacino, a contrazioni uterine eccezionalmente vigorose, epperò la testa che si presentava in mento-ischiatico destro anteriore, non s' era smossa da circa 36 ore di travaglio. Egli ebbe allora l'idea, di sostituire alla resistenza del perineo un punto di appoggio artificiale, ed appoggiò vigorosamente il cucchiaio del forcipe sulla guancia posteriore del feto. Sul momento potè osservare una modificazione della presentazione: il mento passò rapidamente l'arcata del pube, ed in meno di 5 minuti si terminò il parto.

Questa manovra, che può essere eseguita col mezzo della mano, l'Autore propone di farla in tutte le presentazioni della faccia con varietà anteriore. Nei casi, in cui il mento è rivolto all' indietro, l' ostetrico si trova in presenza di uno dei casi più gravi dell'ostetricia. Bisogna però distinguere due casi: nel caso che la faccia non abbia oltrepassato l'orificio uterino, bisogna ricorrere alla versione sia cefalica, sia pelvica; l'ultima è da preferirsi.

Se al contrario la testa è diggià penetrata fortemente nell' escavazione, non vi ha da esitare, bisogna fare la craniotomia. Si propose ultimamente di mettere la donna in un anestesia completa, di respingere

la testa al distretto superiore, e di trasformare la presentazione per la flessione della testa. L'Autore non ha confidenza in questo processo: egli ha conoscenza di due casi, in cui la versione forzata praticata durante l'anestesia assoluta nei casi di questo genere, ebbe per risultato la morte della madre in seguito alla rottura dell'utero. L'impiego del forcipe, della leva, delle mani, in queste presentazioni della faccia, non potè mai salvare il feto, ma ebbe troppo soventi per risultato dei disordini assai gravi, e sovente mortali nelle madri.

Iniezioni di tintura di iodio nella cavità uterina contro le emorragie puerperali; per JAMES TROSK. (*Amer. Journ. of obs.* fevr. 1875).

Il percloruro di ferro diluito agisce invero energicamente, ma non è senza danno. Tutti i fatti pubblicati provano, che queste iniezioni non riescono che quando eccitano a contrazioni uterine. È l'eccitazione dell'utero, e non la coagulazione del sangue che bisogna eccitare. I cas nei quali la coagulazione del sangue ha luogo senza contrazioni uterine sono i più dannosi. La coagulazione penetra nel tessuto muscolare; i trombi si decompongono, e ne risulta la septicemia. Ora le contrazioni uterine sono provocate più facilmente dalla tintura di iodio. Dupierrés nel 1857 fece conoscere dei casi, nei quali la tintura di iodio ad 1⁄3 produsse rapidamente l'arresto del sangue. L'utero rigettò tosto il liquido iniettato, e si contrasse. La tintura di iodio pura così iniettata è il migliore stimolante dell'utero, e possiede proprietà antisettiche. Qualora fallisce, si ricorre al percloruro di ferro.

Dell'inserzione viziosa della placenta; per ESHLEMAN. (*Medical Times*, aout, 1875).

In una riunione della facoltà medica di Filadelfia, l'Autore fece la relazione d'un caso assai interessante di placenta previa, nel quale impiegò il metodo di cura usato da lui da molti anni, e che gli permise di estrarre un feto vivo senza alcun accidente per la madre. Egli impiega in questi casi il forcipe, che gli serve alla volta ad arrestare la emorragia, dilatare l'orificio uterino, ed estrarre il feto; egli preferisce il forcipe alla versione, ed ecco perchè: nella grande maggioranza dei casi si può trovare un bordo libero della placenta, e sopratutto in seguito ad emorragia, l'orificio è dilatabile al punto di ammettere due dita. Nulla si oppone per conseguenza all'introduzione del forcipe di piccolo calibro: allorquando la testa è presa si può esercitare una pressiene sufficiente sulla periferia del collo per arrestare l'emorragia, e questa semplice manovra basta a dilatare l'orificio. Di più l'estrazione del feto diviene allora facile, e rapida, ed è da questa rapidità che dipende, come è noto, la vita della donna e quella del feto. Infine il forcipe ha dirimpetto alla versione il grande vantaggio di essere meno dannoso per la donna, e di produrre meno frequentemente delle lacerazioni dell'utero, cause di emorragie violenti, e di metriti mortali.

Bisogna rimarcare che questo modo di trattamento è sempre stato impiegato al disotto di 8 1⁄2 mesi. Nei casi in cui l'Autore si trova in

presenza d'un'emorragia, egli preferisce ancora il forcipe al tamponamento. Secondo lui il tampone diminuisce i successi della vita del feto, poichè il sangue riempie rapidamente la vagina e l'orificio uterino, finendo per staccare inutilmente la placenta: dippiù il tampone irrita fortemente le parti, e provoca dell'infiammazione. Ecco in quali termini la manovra operatoria si trova descritta nell'osservazione di Eshleman.

La donna era stata estremamente spossata per multiple emorragie, e richiamata con gran pena in vita con stimolanti ad alte dosi. Le si amministrò una dose considerevole di segale cornuta immediatamente avanti l'operazione, non praticando la anastesia pel timore di accidenti. Fu esercitata una pressione eguale e dolce da un aiutante sull'addome, mentre che l'operatore introduceva con facilità uno e poi due dita nell'orificio.

Lo speculum forcipe fu introdotto nel collo, poi nella fessura che esisteva nella placenta; in seguito per movimento di torsione lo si fece penetrare nella borsa amniotica. I suoi manici furono allontanati in modo da produrre una soluzione di continuità di circa due pollici nella placenta. Il forcipe ostetrico fu in seguito introdotto con facilità, ed applicato come d'ordinario. L'estrazione offrì nulla di particolare. Il feto avea 7 mesi e 1|2.

Cura dei vomiti incoercibili della gravidanza; pei dottori Copeman, Graily Hewitt e Jamez Tomas. (*Brit. med. Jour.* mai, 1875),

In una donna al 6 mese di gravidanza, affetta da vomiti incoercibili, che misero in pericolo la di lei vita, Copeman si decise di provocare l'aborto. Egli dilatò il collo uterino col dito, e provò a rompere le membrane, ma senza successo. Egli sospese allora l'operazione per lasciare un po' riposare la donna, che era debolissima, ed osservò con sorpresa che i vomiti erano completamente scomparsi; qualche alimento era stato preso e tenuto. L'Autore differì allora ogni intervento, i vomiti non ricomparvero, e la donna raggiunse il termine normale della gravidanza.

Da quest'epoca l'Autore impiegò due volte la dilatazione del collo uterino contro i vomiti incoercibili, e nei due casi il successo fu completo. Invita i colleghi a mettere alla prova questo nuovo modo di trattamento, che l'azzardo ha fatto conoscere.

Graily Hewitt attribuì già da qualche anno i vomiti ad una flessione dell'utero, la quale provoca la pressione di parte del suo tessuto. Egli crede che i casi di Copeman si spieghino pel raddrizzamento dell'organo flesso coll'aiuto del dito, che cerca di provocare la dilatazione. Però dei tre casi in questione, non ve ne ha che uno nel quale l'Autore menziona una flessione dell'utero.

Jamez Thomas riferisce un'osservazione analoga a quella di Copeman. Egli avea dilatato il collo col dito, ed introdotto un tampone. All'indomani apprese che i vomiti erano immediatamente cessati, e che l'ammalata avea dormito tutta la notte. La stessa sera s'era sgravata d'un feto di 7 mesi, che morì poco tempo dopo.

Quinia as a stimulant to the pregnant uterus; (*Azione del ehinino sull'utero gravido*), per Albert. X. Smith. (*Transat of the college of phisicians of Pdiladelfia*, 1875).

Da un certo numero d'osservazioni, l' Autore trae le conclusioni seguenti:

1° Il chinino non ha per sè stesso alcuna azione sull' utero gravido al di fuori del travaglio; esso è pure inerte nei casi di aborto.

2° Nel parto normale non gode di proprietà speciale, ma esso agisce semplicemente aumentando l'energia della contrattilità uterina.

3° Alla fine del travaglio, allorchè decorre lentamente, il solfato di chinino promuove la terminazione e la rende più favorevole.

Beiträge zur mikroscopischen Untersuchung der milch. (*Indagini microscopiche sul latte*), pel dott, Deutsch. (*Jahrb. f. kinderh.* IX Bd. 3, heft, 1876).

Secondo Fleischmann, l'esame microscopico del latte farebbe constatare in questo liquido dei globuli grassi di varia dimensione, grandi, medii, piccoli, varianti da 0,00125 a 0,004; il latte sarebbe tanto più nutriente quanto è più carico di globuli; nel latte normale i globuli di media grandezza in generale predominano. Da sua parte Deutsch, seguendo le sue ricerche, esaminò al microscopio il latte di 69 nutrici, ed ecco quali ne furono i risultati:

1° L'età della nutrice non esercita grande influenza sulla quantità e qualità del latte.

2° L'influenza delle gravidanze anteriori è assolutamente nulla.

3° L'Autore non ebbe occasione di cercare le modificazioni, che la mestruazione può imprimere agli elementi figurati del latte.

4° Quanto all'influenza delle malattie sulla quantità e qualità dei globuli (rachitismo, leucemia, stitichezza) l' Autore è arrivato a risultato assai diversi.

Egli conclude dalle sue ricerche, contrariamente alle asserzioni di Fleischmann, che l'esame microscopico del latte non è un mezzo assolutamente infallibile di riconoscere la qualità di questo liquido, poichè la esperienza ha dimostrato diggià da lungo tempo, che il latte delle nutrici attempate è meno buono e meno nutriente che quello delle nutrici giovani, epperò l'esame microscopico non mostra differenze apprezzabili nella qualità e nella quantità dei globuli di queste due sorta di latte.

Salivazione spontanea coincidente con una gravidanza; pel dott. Archer Farr. (*Obstet. Transact. Lond.* T. XV pag. 222).

Una donna già madre di quattro bambini, ed incinta per la quinta volta, si mise a salivare in modo profuso verso la seconda metà di questa gravidanza; lo scolo salivale era così abbondante per obbligarla ad usare di mezza dozzina di fazzoletti per giorno, e dietro la sua asserzione emetteva un litro e mezzo di saliva nelle 24 ore. Quando restava in casa avea un bacino alla mano e la saliva colava letteralmente dalla sua bocca. Non fuvvi mai questione di mercurio; le ghiandole salivali

non presentavano volume esagerato; l'alito non offriva alcun odore. La lingua era bella, ma si notò un certo grado di sofferimento, e qualche vomito dopochè l'ammalata avea mangiato. Si amministrò del bismuto ed oppio contro i dolori stomacali, ma senza constatare diminuzione nel nel flusso salivale. Le cose continuarono in tal modo da minacciare l'esistenza di questa donna, ed ella divenne così magra, ed emaciata, da risolvere l'Autore, sentito il parere d'un collega, a provocare il parto prematuro. Avanti ricorrere però ad ogni atto operativo, l'Autore consigliò alla donna un po' di pazienza, avendo scorto qualche miglioramento. Infatti dopo due giorni sentì i movimenti per la prima volta; tutti i segni di dispepsia disparvero, l'appetito ritornò, la secrezione salivale riprese il suo normale decorso. Fra breve le forze ritornarono, e l'ammalata non ebbe bisogno di altro medicamento sino al parto, che avvenne felicemente.

Mancanza delle acque dell'amnios nel parto; pel dott. Lente. (*Amer. Journ. of med. Scienc.*, ian. 1876).

L'Autore ritrovò in una multipara la bocca uterina completamente dilatata. La levatrice asserì che una goccia d'acqua non era uscita. Siccome i dolori cessarono, così si conchiuse, che il neonato sarebbe stato espulso per compressione dell'utero. L'utero si percepiva come un fibroma solido. La manipolazione lo ridusse. Durante il parto non si ebbe la sortita d'una goccia d'acqua. Il bambino era assai debole, enormemente pallido, in modo da lasciar credere ad una perdita di sangue. Si riebbe, ma presto cessò di vivere sotto lievi convulsioni.

Ueber Anvvendung der Salicylsäure fur geburtshulflicha Zvvecke; (*Impiego dell'acido salicilico nella pratica ostetrica*). pel dott. Fehling. (*Arch. f. gynaecol.* 1875, p. 298).

Già dal dicembre 1874 il prof. Credè pubblicò una breve notizia, nella quale raccomandò l'impiego dell'acido salicilico in luogo dell' acido carbolico per disinfezione delle mani, per iniezioni vaginali nelle puerpere, per depurare le ulceri puerperali, ecc. Credè pubblicò quindi uu estesa relazione, un'altra escì ora dalla penna del suo assistente Fehling.

Nella clinica ostetrica di Lipsia fu già da 20 anni tentato un metodo profilattico antisettico. Dapprima si usò l' acqua di creosoto, l' ipermanganato di potassa, quindi l'acido carbolico, dal luglio 1874 l' acido salicilico. Il modo d'impiego è il seguente: si iniettano in vagina soluzioni di 1 : 600 — 900; sulle ulceri puerperali. Ovvero si spolvera l' acido salicilico con amido (1 : 5); anche internamente si adoperò l' acido salicilico, ma tale medicazione fu sospesa, provocando facilmente il vomito.

Il vantaggio dell'uso di quest' acido consiste in ciò che tanto l' infezione locale, come l'ulcera difterica vengono evitate, in pari tempo opponendosi all'infezione puerperale, ed alla septicemia. Solo di rado osservasi con questo metodo l'edema della vulva del resto così frequente ; tre volte soltanto su 162 parti si verificò un forte edema. Tutte le abrasioni guarirono nella prima applicazione. Un altro posto sul quale può suc-

cedere l'infezione è il collo dell'utero: anche questa località viene guarita colle irrigazioni d'un soluzione d'acido salicilico. Ma è sopratutto il generale che ne risente, poichè nella maggior parte dei casi si abbassa la temperatura, scema la frequenza del polso 24 ore dalla prima iniezione. La diminuzione della frequenza del polso è sopratutto importante, poichè la sua prognòsi è di gran valore.

Seguono le statistiche. Fra 142 parti, che avvennero dal 1° luglio al 31 dicembre 1874, fu impiegato in 112 l'acido salicilico. Negli altri 30 che decorsero senza fenomeni febbrili, o nei quali la febbre era portata da mastite, da flemmone in altre parti, non occorse l'uso dell'acido salicilico. In 37 casi si usò l'irrigazione semplicemente in causa del cattivo odore dei locchi, senza che esistesse febbre. In 75 casi, nei quali si accompagnò la febbre, si appalesò in 41 un'evidente diminuzione del polso e della temperatura; in 10 si ebbe una diminuzione isolata dell'uno e dell'altra; in 15 rimase la febbre moderata; ed in 9 aumentò la temperatura ad onta della cura.

Dal 1° gennaio al 30 aprile 1875 avvennero 112 parti. In 64 partorienti si usarono le doccie d'acido salicilico, irrigandosi da 3-15 volte nelle 24 ore.

In un caso di piemia ed in 4 di flemmone del legamento largo non successe diminuzione di febbre.

L'Autore quindi offre una tabella comparativa degli anni 1873-74 fino all'aprile del 1875. Da questa emerge come non siasi data più favorevole influenza sotto la cura dell'acido salicilico sulla mortalità. Però l'Autore ritiene questa circostanza non tanto importante poichè, la mortalità è signoreggiata da altre influenze, che trovano la loro giustificazione in una maternità. Molto più importante è per l'Autore la diminuzione della morbilità, e questa lasciasi constatare ovunque. Solo due volte si elevò nel luglio la morbilità sopra il 60 0[0; e rimase dal novembre sempre sotto il 50 0[0; nel tempo anteriore oscillò la morbilità fra il 50 e 70 0[0, ed aumentò pure ripetute volte.

L'Autore raccomanda l'acido salicilico, col metodo preconizzato, non come specifico, ma come disinfettante e profilattico nelle malattie del puerperio. Anche nella pratica privata l'uso ne è appropriato. Nell'assistenza al parto si puliscano diligentemente le mani, e gli stromenti con una soluzione di acido salicilico (1 : 300), e dopo il parto si spolvera nella vulva una miscela di acido salicilico, ed amido (1 : 5). Queste polverizzazioni sono, sopratutto nelle primipare, continuate 1–2 volte al giorno, fino a che il flusso si appalesa privo di pus e senza odore, nei primi accessi febbrili si praticano 4-8 doccie vaginali (ac. salic. 1 : 1000 - 1 : 600).

Della septicemia puerperale; pel dottore HUGH MILLER. (*The obstet. Journal*, avril 1876).

La recente discussione alla Società ostetrica sul carattere zimotico della febbre puerperale, indusse il dott. Miller a riferire le osservazioni seguenti, di cui ne offre il riassunto:

1° M. C. d'anni 24, ebbe otto anni prima la febbre scarlattina, rimanendone dappoi assai indebolita. Partorì per la prima volta il 19 ottobre 1874, di un feto nato morto, il travaglio avea durato cinque giorni, e cinque giorni dopo la medesima ebbe edema alla gamba sinistra, che non disparve più del tutto. Incinta per la seconda volta, entrò all'ospitale di Glascovia il 19 gennaio 1876; il travaglio avea cominciato, il feto si presentava per la testa col cordone, che non offriva pulsazioni: 18 ore dopo essa partorí un bambino nato morto, d'aspetto sifilitico evidente. La placenta aderente fu intieramente levata nel modo abituale. Quindici ore dopo il parto, senza precedente freddo, la temperatura si elevò subitamente, il polso si elevò a 160 e si fece dicroto; quindi forti dolori nelle gambe e nelle braccia; l'utero non è voluminoso, e lo scolo dei locchi continua. L'indomani compare un eritema sulle membra inferiori; nessun mal di gola, ma tosse laringea fatigante; lingua sporca, secca, senza carattere febbrile speciale. Nessun caso di scarlattina in vicinanza. Questo stato persistette qualche giorno, indi la guarigione si fece rapidamente.

2° Il 20 gennaio M. H. fu ammessa all'ospitale, e partorì un feto morto, che sembra cadavere da qualche giorno.

Il 22 la donna è attaccata da peritonite acuta, che guarisce in otto giorni (frizioni di terebentina e polvere del Dover).

3° Lo stesso giorno A. B. partorisce senza particolarità, ma nel giorno seguente, ebbe un freddo seguìto da febbre, con dolore nel corpo dell'utero e con legger scolo purulento. Guarisce pure in pochi giorni.

Questi tre ammalati furono tutti curati nella stessa sala. I giorni seguenti partorirono tre altre donne e furono tenute in un'altra sala di recente disinfettata. Malgrado ciò tutte tre presentarono i sintomi simili a quelli sopracitati, e guarirono parimenti.

Questa serie di fatti in pochi giorni, e con sintomi identici, fecero cercare la causa nell'ospitale stesso. L'influenza infeziosa dovea essere nella sala dei parti; si fecero pertanto distruggere le lettiere, disinfettare del tutto la sala, mettervi letti nuovi e tutto disparve.

Questi casi possono attribuirsi ad una influenza miasmatica? Le ammalate si ritrovavano una o due ore al più nella sala da parto, e prima del loro trasporto in quella delle puerpere, una perfetta ventilazione erasi fatta ad ogni momento. Supponendo pure che lo stato del primo feto avesse potuto produrlo, poteva esso diventare così virulenta al punto d'infettare tutti i casi seguenti? Nei casi simili al n. 1, si trova per lo stato d'avvelenamento del sangue un risultato dell'assorbimento, e non un precursore della malattia. Se ammettesi l'auto-infezione dovuta ad una porzione della placenta divenuta virulenta, ed assorbita in seguito, il caso n. 1 sarebbe stato ben lento a sviluppare una materia infeziosa; per l'avanti la sala era sana.

Questi fatti dimostrano come possa svilupparsi rapidamente un epidemia di febbre puerperale. Qualunque sia l'influenza che faccia nascere

il veleno, basta evidentemente un focolaio per riprenderla. Non si potrebbero dunque prendere le più grandi precauzioni.

Genesi della febbre puerperale; per IAMES CLAPPERTON. (*The obst. Journ.* avril, 1876).

L'Autore riferisce i seguenti casi isolati di febbre puerperale, tratti da 2000 casi d'ostetricia della sua clientela:

1° G. d'anni 35, partorisce per la sesta volta, il 6 dicembre 1860, senza pena, un feto ben costituito. Alla stessa epoca uno dei suoi fanciulli era affetto da scarlattina. Egli fu impossibile di isolarli. Il 9 la madre ha notte inquieta con mal di gola e febbre, i locchi sono buoni; eruzione sulla faccia, il collo, il petto, poi su tutto il corpo. Il 12 si stabilisce e continua il miglioramento.

È un caso di scarlattina lieve in una donna non preservata da un attacco anteriore, e lo stato puerperale non sembra abbia alterato il tipo della febbre.

2° H. d'anni 34, partorisce un feto settimestre il 17 marzo 1874, mentre che tre dei suoi figli sono affetti da febbre scarlattina, dominando allora in paese con una grande mortalità. Il 4° giorno ebbe dei brividi, voglia di vomitare, si sviluppa una resipola, che invade successivamente le due membra inferiori. Il 18 aprile l'ammalata potè levarsi In questo caso la febbre scarlattina ha aspetto differente; l'ammalata la ebbe nella sua infanzia.

3° F. d'anni 25, primipara, soffrì molto per un edema delle due gambe durante gli ultimi due mesi di gravidanza e partorì il 18 gennaio 1874 un feto nato morto. Il quarto giorno accusa brividi di freddo, dolori all'ipogastrio, con grande sensibilità alla pressione, locchi rari ed irritanti. Questo stato non fa che aggravarsi sino alla morte.

Questo caso sembra essere un caso di autogenesi, come dice il Barnes, poichè l'ostetrico non avea alcun caso di resipola, nè di febbre eruttiva nella sua clientela; non può invocarsi alcuna causa. Avendo molte donne a curare in questo momento, prese la precauzione di cangiare gli abiti, e di lavarsi le mani in una forte soluzione d'acido fenico; non portò veleno ad alcuna di esse.

4° L. d'anni 39, fa il suo 9° parto il 22 aprile 1875. Si dovette fare la versione e si ebbe una considerevole emorragia. Due dei suoi fanciulli e molti altri in vicinanza ebbero la roseola. Il 27 la puerpera ha notte agitata, con sudori, brividi, voglia di vomitare, dolori nel basso ventre; locchi rari ed irritanti. Ella muore poco dopo. Il suo bambino muore egualmente d'angioleucite con suppurazione.

Il marito avendo dormito nel medesimo letto, viene affetto, qualche giorno dopo, da resipola alla testa con delirio e muore. Sua figlia, che avea partorito da 15 giorni, venuta per aiutarla, è attaccata da peritonite e soccombe entro tre o quattro giorni. Un affittuario della casa ebbe ugualmente una resipola alla testa; il fratello del marito venuto per soccorrerlo, cade pure ammalato, ma guarisce.

La roseola sembra essere quì la sorgente del veleno, sebbene non si presentasse alcuna eruzione sulla ammalata. La infezione della figlia proviene da ciò che essa assistette suo padre, che avea dormito nel letto della sua donna, non sufficientemente disinfettato. Questi fatti provano, d'altra parte, che la febbre puerperale ingenera la resipola nell'uomo.

Di qualche forma di follia legata allo stato puerperale; pel dottore Clayd Shaw. (*Médical Examiner* 31 aout 1876).

L'Autore in una interessante lezione clinica divide in tre gruppi questa forma d'alienazione; la follia delle donne incinte, la follia puerperale e la follia da allattamento. Per mostrare la frequenza relativa di questi tre gruppi, divise i 155 casi osservati all'asilo dì Morningside ad Edimburgo, dei quali 28, ovvero 18,06 per cento si riferiscono allo stato di gestazione; 73 o 47,08 per 100 allo stato puerperale; e 54 o 34,84 per 100 all'allattamento.

La *follia della gestazione* è sopratutto frequente nelle donne, che si maritarono tardi. I sintomi sono quelli della melanconia: in nessun altra forma la tendenza al suicidio è tanto marcata; circa 50 donne sopra 100 hanno il desiderio di ledere la propria vita. La tendenza al suicidio, ovvero all'omicidio non è che l'esagerazione delle loro idee nere ordinarie: essa può nascere dalla noia, dall'insonnia, dal timore, che ad esse inspira il loro stato. La prognosi è favorevole, avviene rarissimo di essere obbligati a ricorrere al parto prematuro. Quelle che non guariscono rimangono dementi, ovvero hanno degli accessi di mania dopo il parto e tali affezioni seguono il decorso ordinario della follia cronica. I bambini nati da donne affette da mania puerperale sono meno soggetti a subire l'influenza dell'eredità, di quelli altri partoriti da donne con altre forme di follia.

La *mania puerperale* si mostra nelle 4 o 6 settimane, che seguono il parto. L'eredità e notata circa il 30 per 100. Il 3° e 4° giorno sopratutto sono quelli in cui la malattia fa la sua invasione. La prognosi è assai benigna; 76,5 per 100 terminano colla guarigione; questa appalesasi generalmente dal 3° al 6° mese: l'affezione si mostra sopratutto dai 30 ai 40 anni, essa è più comune nelle primipare, va soggetta a recidive e sembra predisporre alle altre forme d'alienazione. I casi di mania puerperale, ove la melanconia è il sintoma predominante, sono quelli che si sviluppano 15 giorni o più dopo il parto, mentre che quelli che sviluppansi avanti il 15° giorno, offrono sopratutto la forma maniaca. Sopra un rilievo di 73 casi, la mania è il sintoma principale in 57, la tendenza al suicidio è notato in 30 casi per 100. Questa tendenza al suicidio è piuttosto un naturale pensiero, che il risultato d'un illusione.

La *follia d'allattamento* è eminentemente una varietà astenica, che si mostra sopratutto dopo 30 anni nelle donne che hanno nutrito lungo tempo, o che hanno avuto delle emorragie. Essa è in forma di una mania acuta, o più sovente della melanconia o della demenza. Il 2 per 100 all'incirca muore, l'86 per 100 guarisce. I prodromi sono rappresentati ordinaria-

mente da cefalalgia, tinnito d' orecchie, un senso di costrizione intorno alla testa e dolori nel bacino: vi ha ugualmente un rumore di diavolo, e della congiuntivite. La mania è generalmente acuta, ma a forma passeggiera; in altre allucinazioni si osservano illusioni assai forti. La malinconia varia d'intensità, ma allorquando vi ha tendenza al suicidio, gli accessi sono assai determinati.

Vi sono altre forme d'alienazione legate agli organi genitali, che mostrano come le illusioni possano dipendere dalla sede della malattia, o dalla esagerazione d'uno stato normale. Claye Shavv tiene nel suo servizio una donna di 53 anni, affetta da un tumore ovarico; questa donna s'immagina di avere dodici feti entro di sè, e costantemente rimprovera il medico di non somministrarle un medicamento, con cui sbarazzarsene. Le donne non maritate s'immaginano soventi che un uomo le ricerchi, o che abbia tentato di sedurle e che voglia avvelenarle perchè si rifiutano. Molte donne dichiarano d'essere state violate durante la notte, o che il primo uomo che esse incontrano ha oltraggiata la loro virtù. Le ammalate più calme, allorquando trovansi in tale stato, le donne tutti i mesi, e gli uomini ad intervalli più o meno lontani, secondo la rapidità colla quale è secreto lo sperma — prendono le attitudini le più indecenti, si dedicano alla masturbazione, ovvero sotto l' influenza di allucinazioni o di illusioni, trasformano dei corpi inanimati quale oggetto della loro affezione, ed agiscono in conseguenza. Uomini epilettici si figurano d'avere commesso delitti imperdonabili, e d' aver sedotto delle donne, mentre essi non fecero che dedicarsi alla mastuprazione.

Questa disposizione di spirito cessa in generale al momento dell'età critica nella donna, ed all' età che vi corrisponde nell' uomo. Ma allorquando esiste una disposizione ereditaria, tale stato si cangia in vera follia, che offre molti caratteri particolari; malinconia, rifiuto d'ogni alimento, paura del diavolo. In questi casi la tendenza al suicidio e talvolta all' omicidio si spiega facilmente. Allorquando gli organi sessuali rientrano in riposo, scompaiono tutte queste anomalie.

Versuche ueber Entzundung und Fieber erregende Wirkungen der Lochien. (*Delle infiammazioni e delle febri eccitate dai locchi*), per Kehrer. (*Revue des Sciences méd. en France*, ecc. T. VIII. ottobre 1876).

Delle esperienze eseguite dall'Autore sui lapini, risulta che l'iniezione sottocutanea dei locchi delle puerpere sane, dà luogo sia all' infiammazione del tessuto cellulare, sia alla formazinne di ascessi voluminosi; fenomeni analoghi a quelli, che si passano allorquando si adoperano i locchi putridi. Più si è lontani dal parto più l'azione dei locchi è dannosa. È a questo fatto, che Kehrer attribuisce la febbre così frequente delle puerpere, e le ulceri della mucosa.

Se tutte le donne in puerperio non hanno la febbre uterina, bisogna attribuirla a ciò, che le ferite cominciano a coprirsi di granulazioni, e per conseguenza sono di già protette contro l'azione dei locchi, allorchè

questi hanno di già acquistato le loro proprietà patogene (dal 2° al 3° giorno).

Come conseguenza pratica di queste ricerche, Kehrer insiste sull'inopportunità d'ogni operazione, o di ogni esame, che ostacoli il travaglio di cicatrizzazione della ferita uterina.

Ueber des rachitisch-Kyphe-scoliotisce Becken, und Seinen Einfluss auf die Geburt. (*Del bacino cifo-scoliotico-rachitico, e sua influenza nel parto*; pel dott. Enrico König. (*Zeitsch. f. Geburtsh. und Frauenkr.* B. 1, 1875).

L'Autore studia i caratteri delle deformazioni pelviche, allorquando le deviazioni rachitiche della colonna vertebrale consistono in una cifoscoliosi. Egli dà la relazione di due osservazioni prese sopra donne vive, cui aggiunge lo studio di 4 bacini preparati, provenienti dalla raccolta del prof. Zenker.

Nei suoi due casi si tratta di multipare, in una il principio del rachitismo è indeterminato, in tutte due la cifosi si sviluppò a sinistra, durante la loro adolescenza, in seguito ad esagerate fatiche.

Le conclusioni, alle quali è arrivato l'Autore, sono le seguenti:

Pel fatto della cifosi, il sacro tende a deviare in modo che la punta è portata in avanti, mentre che il promontorio è portato all'indietro: pel fatto del rachitismo la deviazione è tutt'affatto opposta, il promontorio tende a collocarsi sull'area del distretto superiore, mentre che la punta del sacro è respinta all' indietro. Le deformazioni della cifo-scoliosi essendo sottomesse a delle forze coincidenti con risultati diversi, saranno dunque complesse e varie, secondochè l'uno e l'altra di queste forze avranno principiato a delle epoche più o meno recenti, più o meno antiche, secondo che l'uno o l'altra avrà avuto un' azione più prolungata durante il periodo dello sviluppo osseo. Nullameno il sacro è sempre più allungato, ed è convesso nella sua direzione trasversale. Ma queste lesioni non determinano nelle misure dei diametri antero-posteriori che differenze poco considerevoli.

Nella cifosi la pressione esercitata a livello dei cotili ha per conseguenza di far girare le ossa iliache in modo, che la cresta iliaca diviene più esterna e la tuberosità ischiatica più interna. Nella cifo-scoliosi la pressione dovuta alla trasmissione delle forze, lungo la colonna vertebrale, non ha più luogo verticalmente. D'altra parte vi è allungamento del membro inferiore opposto alla cifo-scoliosi, e consecutivamente pressione al fondo del cotile. Di qui ne risulta un raddrizzamento della linea innominata di questo lato: di più nella posizione seduta l'ischio tende a portarsi all' infuori, e la fossa iliaca a raddrizzarsi. Queste deformazioni arrecano cambiamenti della lunghezza dei diametri pelvici, che possono riassumersi in queste due espressioni: diminuzione d'un diametro obliquo del distretto superiore, aumento del diametro obliquo corrispondente del distretto inferiore. Il raddrizzamento d'una linea innominata

d'una parte diminuisce di tanto la metà dell'area del distretto superiore che gli corrisponde.

Ne risulta dunque, che i grandi diametri della testa fetale tenderanno durante la discesa a dirigersi nel senso del più grande diametro del distretto superiore: ma come il più gran diametro del distretto inferiore non si può sopraporre al primo, la testa tenderà a subire una rotazione su questo lato.

Le deformazioni osservate non arrecarono restringimenti tanto notevoli, per opporsi all'andamento felice del travaglio, ma se esistessero, l'Autore crede che riuscirà necessaria la versione l'impiego del forcipe non sarebbe indicato, se non quando la testa fosse profondamente abbassata.

Die zeit des Geburtbeginnes. (*Influenza del tempo sul principio del parto*); pel dott. Kleinvaechter. (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Frauenkr.* N. 15, 1875).

L'Autore ha studiato l'influenza del tempo sul principio del travaglio in 3408 donne; dalle quali osservazioni ottenne i seguenti risultati:

1.° Il principio del travaglio ha luogo più soventi fra 4 ore di sera, e 6 ore di mattina: i dolori cominciano ordinariamente da 11 ore di sera alla mezzanotte: a mezzogiorno si constatano più raramente.

2.° Questa regola del principio del travaglio si osserva meglio nelle primipare, che nelle multipare.

3.° Nelle multipare è da 4 ore di sera a mezzanotte, che l'influenza del tempo sul principio del travaglio è più marcato.

4.° L'influenza del tempo è più evidente sulle donne dai 21 ai 25 anni. I dolori appariscono meno frequentemente da 7 ore di mattina a 3 ore di sera: ma a partire da quest' ora si fanno più frequenti. Si è dalle 11 a mezzodì, che si constatano più raramente; ed a mezzanotte si rilevano più frequentemente.

5.° Se le donne sono più giovani, l'influenza del tempo è meno marcato, ed il maximum della frequenza nell'apparizione dei dolori ritarda di 3 ore.

6.° L'influenza del tempo è tanto meno marcato, quanto la donna è più attempata in età. L'ora in cui i dolori appariscono avanza meno soventi quanto la donna è più attempata.

7.° L'influenza del tempo è presso a poco identica, allorquando la madre è incinta di un maschio, od una femmina.

8.° La regola generale si applica all'influenza del tempo sul principio di un travaglio a termine.

9.° L'influsso del tempo è meno marcato sul principio di un travaglio avanti termine, e nelle gravidanze composte.

On the causes, diagnosis, pathology, and treatment of missed Labour. (*Cause, diagnosi, patologia e cure del travaglio arrestato*); per Roberto Greenhalgh. (*Revue des sciences med.* Octobr. 1876).

Questa denominazione « missed labour », che significa « travaglio man-

cato », travaglio abortito, sotto la quale Oldham avea descritto nel 1847 un caso estremamente raro di ostetricia, venne da Clintock definito nel modo seguente » questo termine fu applicato a certi casi di gravidanza uterina, nella quale, in seguito della cessazione dell'azione espulsiva nel parto, il feto è ritenuto per un tempo indeterminato oltre il termine della gestazione normale.

Qui vi ha un vero arresto nel travaglio, indipendente da ogni causa meccanica, arresto che può prolungarsi indefinitamente e costituire i casi, sotto i quali devesi restringere il nome di « *missed labour* », poichè non si deve confondere questa denominazione con quelli nei quali il travaglio è reso impotente per una causa meccanica risiedenti nel collo dell'utero, le gravidanze extrauterine, il travaglio prematuro con espulsione d'un feto in decomposizione, le gestazioni prolungate, le rotture dell'utero con uscita del feto nella cavità addominale. È un soggetto poco conosciuto (di cui non se ne hanno più d'una dozzina d'osservazioni circa, secondo Simpson), circondato da grandissima oscurità, e nullameno d'un grandissimo interesse pratico. Così l'Autore di questo lavoro cerca di chiarirlo coll'esame e coll'analisi di 10 fatti, presso a poco i soli consegnati nella scienza, di cui uno fu raccolto da lui stesso.

In tutti questi fatti la morte del feto era sopraggiunta al momento del travaglio, o qualche tempo avanti, ed il decorso degli accidenti sembra sia provenuto da alterazioni sopraggiunte nel feto, e nei suoi inviluppi, ritenuti nell'utero al di là del termine normale, per un tempo indeterminato, che variò in questi 10 casi da 10 mesi a 52 anni. Allorquando le membrane restano intatte, le acque dell'amnios sono gradatamente riassorbite, ed il feto privo dei suoi liquidi si mummifica: alla lunga le membrane subiscono la degenerazione calcarea, restando nell'utero qual corpo relativamente inerte. È ciò che avviene nei casi, in cui il feto vi rimase per 52 anni. Dopo tre mesi di debolezza e di prostrazione, l'ammalata non ne risentì più da questo stato anormale. È probabile che in questo caso la placenta fosse assorbita.

Quando al contrario le membrane furono rotte, che le acque dell'amnios sono colate, e che l'aria penetrò nell'utero, le parti molli del feto subiscono la decomposizione per putrefazione, e sono d'ordinario gradatamente rigettate al di fuori unitamente a materia saniosa, e gas fetidi e in qualche caso questa distruzione fu talmente completa che non vi rimase che una massa di ossa compresse: in altri casi le ossa stesse vennero cacciate al di fuori dopo essersi successivamente staccate le une dalle altre.

In questo caso la placenta ed il cordone ombelicale vennero espulse in uno stato di decomposizione assai avanzata. Il feto ed i suoi inviluppi divengono allora la sorgente d'un irritazione locale considerevole, sopravvenendo d'ordinario un infezione settica, che si manifesta per sintomi gravi ordinarii. In ultimo luogo le ossa denudate del feto pos-

sono encisticarsi, e determinare l'ulcera, o la rottura dell'utero, ciò che porta la penetrazione più o meno completa del suo contenuto nelle viscere vicine, o nel peritoneo, d'onde la morte della madre per peritonite, o per spossamento.

La morte sopravenne in 7 dei casi riferiti dall' Autore; in 2 casi si ebbe la guarigione dopo l'estrazione delle ossa del feto, ed una guarigione senza intervento chirurgico. È in quest'ultimo caso che la donna visse ancora 52 anni.

La diagnosi riesce estremamente difficile, ed i fenomeni, che sopravvengono d'ordinario, si attribuiscono ad un affezione cancerosa dell'utero in causa dello scolo fetido, indizio della decomposizione del feto; vi ha inoltre un alterazione nella salute generale, ed un dolore locale più o meno vivo. Ma la mancanza d'altri segni d'una lesione organica, l'esistenza d'un tumore ipogastrico, l'accrescimento evidente dell'utero, stabilito dall'esame vaginale, i dati della gravidanza, e la manifestazione probabile di qualcuno dei fenomeni del travaglio, possono far supporre la vera natura della malattia. La sortita di ossa del feto attraverso il collo dell'utero toglierebbe ogni dubbio, ciò che avvenne in più casi riferiti dall'Autore. L' introduzione della sonda uterina potrebbe pure assai probabilmente contribuire in modo efficace a rischiarare la diagnosi.

La morte del feto, l'arresto che può risultarne nello sviluppo dell'utero; la distensione dell'organo da gas proveniente dalla decomposizione del feto, la sua atonia in seguito a ripetute gravidanze, ad uno stato di debolezza più generale, sono considerate dall'Autore come cause suscettibili di provocare l'arresto del travaglio, sotto l' influenza di circostanze favorevoli, ma l'elemento essenziale è fuor di dubbio la perdita della forza espulsiva dell'utero, in seguito d'uno stato di paralisi.

In un caso la cessazione del travaglio pareva essersi determinata dall'amministrazione intempestiva del laudano.

La cura consiste nell'estrazione dalla vagina dei pezzi di feto, a meno che non esista un irritazione locale o generale, per cui convenga astenersi. Al principio si potrebbe tentare di provocare l'azione uterina colla dilatazione del collo, la segale, il galvanismo, ecc. L'operazione cesarea dev'essere rigettata.

Observations demonstrating the influence of digestion in the mather upon the frequency of the fœtal pulse. (*Osservazioni dimostranti la influenza della digestione nella madre sulla frequenza del polso fetale*); pel dott. Carlo Tylor. (*Edimb. med. Journ.* Mai 1876).

Queste osservazioni vennero eseguite sopra cinque differenti soggetti, e rinnovate abbastanza soventi perchè i loro risultati non possano considerarsi come semplici coincidenze. Ciascuna volta le donne erano tenute a letto dopo il parto, nel decubito orizzontale, e nel riposo più assoluto, affine d'evitare ogni esercizio, che avesse potuto divenire l'origine di un accelerazione di polso. Le osservazioni furono ripetute a diverse ore della giornata, al momento del pasto del mattino, del *dejeuner*, e

della cena. Ciascuna volta i risultati furono costanti. L'Autore dà delle tavole, dal cui assieme risulta dalla media delle cifre, che il polso fetale si accelera di 20 pulsazioni circa durante la digestione della madre. Le numerazioni erano fatte una mezz'ora avanti, e due ore dopo il pasto.

Ueber die Bedentung sub-peritonealen anteuterinen Emphisems während der Geburt. (*Del significato dell'enfisema sottoperitoneale ante-uterino durante il parto*); pel dott. Ermann Löhlein. (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Frauenkrank.* 1 Bd. 1875).

Si tratta in questa memoria d'un sintoma raro di rotture uterine. Clintock, Kivisch, Joly, Dohrn, Winckel, hanno di già segnalato in seguito di questa temibile complicazione la produzione d'un enfisema sotto-peritoneale, ed ante-uterino. Si riconosce sempre facilmente alla crepitazione caratteristica. Il Löhlein ebbe due volte occasione d' osservare questo sintoma è l'esposizione di queste due osservazioni, che mosse l'Autore a fare qualche ricerca sopra questo soggetto.

Le rotture uterine hanno generalmente luogo a sinistra, come è pure generalmente da questo lato, che si ha da principio percepito la crepitazione gasosa: non è che più tardi che si generalizza a tutta la regione ipogastrica.

L' infiltrazione gasosa riconosce due modi di produzione; ora è dell'aria; che s'introduce nel tessuto cellulare dei legamenti larghi per diverse manovre ostetriche, ed in un caso per mezzo d'una siringa, a cui non si tolse l'aria; ora il gas si sviluppa per la putrefazione, e la decomposizione d'una raccolta sanguigna soventi trattenuta per un tampone vaginale.

Comunque sia la prognosi è assai seria; ma la produzione dell'enfisema sotto-periteneale non aggrava la prognosi delle rotture uterine. In un caso però vi ebbe penetrazione di aria nella cavità peritoneale e morte subitanea.

Non si potrà tuttavia confondere questa complicazione delle rotture uterine, che coll' enfisema dei tessuti del feto morto e macerato. La diagnosi differenziale è d'altronde assai facile, perchè non abbiamo ad insistervi.

Non si ha da istituire trattamento speciale; ma la produzione d'enfisema sotto-peritoneale deve rendere l'ostetrico assai prudente nelle sue manovre, poichè eviterà allora colla più gran cura d'aumentare l'estensione della lacerazione di già prodotta.

Sur Diagnose des spondylolistetischen Beckens an der leben der Frau. (*Della diagnosi del bacino spondilolistetico nella donna viva*); per A. Breisky. (*Arch. f. Gynekol.* Bd. IX. Heft. 1).

I bacini spondilolistetici non costituiscono, per così dire, che rari trovati d'anfiteatro: la loro diagnosi sul vivo non venne fatta che due volte (Robert, Hartman). Così il fatto, che riferisce Breisky, offre grande interesse. Egli insiste sui segni, che gli hanno permesso di confermare la sua diagnosi.

La sua ammalata aveva un attitudine caratteristica. Il suo petto era gettato all' indietro, il suo torace notevolmente avvicinato al bacino, dimodochè il ventre ne era separato per una solcatura profonda e faceva una sporgenza arrotondata, e poco estesa. La lordosi, che dovea portare sulle tre ultime vertebre lombali, si riconosceva all'indietro per una insellatura assai evidente, in avanti per una sporgenza, che ne era separata, dopo la depressione delle pareti addominali, da quattro dita trasverse della sinfisi del pube; si sentiva allora facilmente la biforcazione dell'aorta. Pel tatto rettale si constatava l'angolo formato dalla lordosi in alto ed il sacro in basso. Le modificazioni concomitanti del bacino erano caratterizzate da un raddrizzamento dell'obliquità normale: d'onde una sporgenza più netta del pube, l'elevazione della vulva: per la scomparsa della curva del sacro, che era verticale, d'onde l'appianamento delle natiche, la situazione profonda dell'ano.

I segni attribuiti ad una lordosi potrebbero riferirsi ad una esostosi. Di più le deformazioni del bacino sono abbastanza analoghe a quelle, che si osservano nella cifosi; esse sarebbero caratterizzate da una rotazione delle ossa iliache, in modo che le creste iliache sarebbero più salienti e le tuberosità ischiatiche più ravvicinate.

È ben certo però che l' insieme dei sintomi, che l'Autore ricorda, non potrebbero autorizzare nè la diagnosi d'una esostosi, nè quella d'un bacino cifotico.

Case of tubæ pregnancy successfully treated by a new method of operation. (*Caso di gravidanza tubaria, curata con felice esito con un metodo operatorio nuovo*); pel dott. Thomas. (*Amer. Obst. Journ.* 1875).

Una donna, al 3° mese di sua gravidanza, presentò nella regione ipogastrica sinistra un tumore aderente alla parete laterale dell'utero, dello stesso volume di quest'organo, presentando in modo chiaro i fenomeni di ballottamento. Thomas diagnosticò una gravidanza extrauterina tubaria, e si decise a praticare l' isterotomia. Tratto l'utero a destra, la parete vaginale sinistra in avanti, fece colla galvano-caustica un' incisione di 6 centim. circa dal collo dell'utero verso la tuberosità ischiatica sinistra, e punse la cisti, dando così esito alle acque dell' amnios. Il feto, posto trasversalmente, fu estratto per l'incisione ingrandita; tirando sul cordone, che era stato lacerato per le manovre, si lacerò metà della placenta, il che fu seguito da abbondante emorragia: la quale si arrestò colle iniezioni di percloruro di ferro e col tamponamento.

La metà restante della placenta venne espulsa dopo 15 giorni. Malgrado gli accidenti intercorrenti di septicemia, l'ammalata guarì.

On rupture of the perineum, and especially on the division of the perineum and recto-vaginal septum by post partum floughing. (*Rottura centrale del perineo e del setto retto-vaginale portata da ulcerazione dopo il parto*) pel dott. Matteo Duncan. (*Edinb. med. Journal*, avril 1876).

La lacerazione del perineo, che si produce al momento del parto, è

quasi sempre dovuta all'estensione della rottura della forchetta vaginale. La perdita di sostanza una volta cominciata si continua lungo il piano perineale, ed anche a contatto del setto retto-vaginale.

In qualche circostanza però può avvenire, che la forchetta restando intatta, il perineo cede, ed anche il setto retto-vaginale per un vero lavoro ulcerativo. Ecco qualche osservazione che mostra la realtà di questo accidente.

Osservazione 1ª — H. va soggetta nel 1861 in un primo parto ad una lacerazione del perineo, prolungantesi sino allo sfintere anale, ed al setto retto-vaginale. Al momento del parto Duncan potè, distendendo il perineo, portare la testa al di fuori della vulva senza alcuna lacerazione; ma dopo il parto Egli constatò, col mezzo del tatto rettale e vaginale, la presenza di una perdita di sostanza a livello del sipario retto-vaginale, ad 1 1[2 pollice al disotto dell'ano. La guarigione fu d'altronde facile.

Osser. 2ª — Questa volta non si tratta più di lacerazione istantanea, dovuta ad esagerata distensione della vescica, ma bensì ad un'ulcerazione fattasi poco a poco per gangrena del perineo. Una primipara ha un parto laborioso, pel quale s'è costretto applicare il forcipe. Dopo il parto si osserva una placca rossa violacea, assai livida a livello del perineo, tra l'ano ed il perineo. La mucosa a questo punto è ulcerata. Al 12° giorno, l'ammalata muore d'infezione purulenta. Nell'intervallo la placa livida si era gangrenata, ma la riparazione della perdita di sostanza comincia a farsi al momento della morte.

Osser. 3ª — Primipara, rachitica, con stringimento di bacino. Travaglio lungo, penoso; si adopera il cefalotribo. Rilevasi una perdita di sostanza centrale al perineo, senza lesione della forchetta, lunga un pollice. La donna guarisce colla cura antisettica.

Trattamento nelle rotture del perineo; pel dott. THOMAS SMITH. (*St. Bartholomevv's Hosp. Rep.* Vol XI, 1875).

Si può tentare la riunione delle superfici della lacerazione nei 3 giorni, che seguono al parto, l'Autore vi è pure riuscito al 4º, 5º giorno. Passato questo frattempo, bisogna attendere che l'involuzione uterina sia completa, e che l'allattamento sia terminato. È meglio che non vi abbia leucorrea, ma se non giungesi a guarirla si può sorpassarvi.

Non vi ha urgenza per l'operazione, se non vi ha minaccia di prolasso uterino.

Nelle rotture recenti, bisogna impiegare dei fili molli di argento, basta torcere i fili, e si possono lasciare in posto 16 giorni. Se il retto fu molto interessato, bisogna eseguire la sutura incavigliata.

Il decubito laterale, essendo legate insieme le due gambe, bastò per guarire delle lacerazioni leggieri: l'A. non ebbe ad operare ammalati che ebbero a subire precedentemente simil cura della posizione; ma non dubita, che, usato in certo numero di operate, avrebbe potuto guarirle o diminuire l'estensione del male: essa può ancora favorire il successo della sutura a questo primo periodo.

Per le operazioni tardive, la questione più importante è di sapere, quando la sutura si debba levare e come governare le funzioni intestinali. Sul primo punto la divergenza di opinioni dipende dall'aver usato fili di sostanza diversa. Coi fili metallici le suture profonde possono stare in posto una settimana, purchè abbiano sottoposto placche larghe e non cilindri stretti; riguardo alle funzioni intestinali, l'Autore non usa l'oppio; esso da un purgativo salino prima di levare la sutura profonda (6 giorni al più presto), se di già non ebbe scarica spontaaea. È pure assai importante ottenere dagli ammalati una passività assoluta dello sfintere anale. Le ammalate non devono fare alcun sforzo nè per ritenere, nè per espellere gas o materie.

Non potendo praticare il cateterismo, quando vi ha bisogno, necessita mettere a permanenza una siringa, facendo una volta al giorno un'iniezione d'acqua tiepida nella sonda, onde sbarazzare il muco.

Quanto all'operazione l'Autore raccomanda l'anestesia coll'etere, indi un avvivamento ascendente alla vagina, e più sulla linea mediana che sui lati, in modo che il nuovo perineo, visto dalla vagina, presenti un piano inclinato, e formi un cono, la cui base sia rivolta all'indietro.

L'Autore nen crede che sia assai vantaggioso separare i lembi della mucosa vaginale per riunirli sulla linea mediana, e suturare così questo nuovo setto al bordo anteriore del nuovo perineo. Egli ricorse 5 volte a questo processo e 2 volte ebbe piccole fistole vescico-vaginali.

Se l'avvivamento interessa dei vasi un po' importanti, li lega col caoutchout fenizzato.

Le suture profonde, in filo d'argento, son passate ad un pollice dal bordo della ferita, e se il retto è molto lacerato, una o più di queste suture dovranno attraversare la mucosa vaginale.

L' Autore respinge le incisioni dello sfintere al modo di Baker Brown, tuttavia incide lo sfintere quando la lacerazione anale è assai estesa, ma insieme alle incisioni liberatrici, che in ogni caso pratica nelle natiche, paralellamente ai bordi della ferita, sopra una lunghezza di 2 pollici e ad un pollice o più fuori delle suture. Le suture profonde sono mantenute con foglio di piombo della lunghezza del perineo nuovo, larghe 1[2 pollice, provviste di fori pel passaggio delle suture incurvate a canale' onde premere sui tegumenti con una faccia convessa. D'un lato le estremità delle suture possono torcersi, dall' altra, assicuratisi del perfetto contatto delle superfici, ogni filo sarà fissato sulla lamina di piombo, con un grano di piombo. Sarà bene interporre fra il grano e la lamina un piccolo tubo spirale di Aveling, che mantiene il piombo a distanza, e facilita la rimozione della sutura. Si mettono quindi tante suture superficiali intrecciate quante sarà necessario. Se la lacerazione del retto è assai estesa l'Autore sutura l'intestino, ma con fili di seta, che sono meno difficilia togliersi.

RIVISTA OTTALMOLOGICA

del dott. G. FLARER

L'acetato di piombo nella cura della congiuntivite granulosa; per il dott. Pierd'houy. (*Annali di Ottalmologia*, Anno V, fasc. 1).

Ora che il microscopio ci porge una chiara cognizione dell' intima natura delle granulazioni congiuntivali, sarebbe desiderio dell'Autore e con lui, anche di tutti i cultori di questo ramo di scienza, che si fosse fatto qualche passo un po' certo verso un sistema di cura, il quale fù sempre multiforme e talora strano ed irrazionale.

Passati in rivista i sistemi di cura proposti contro di tale affezione, l'Autore si ferma sul metodo di Buys, che consiste nell'applicazione dell'acetato di piombo neutro nello stato secco e raccomanda ai pratici l'uso di questo sale, come quello che sperimentato dal prof. Quaglino fino dal 1849 diede nei casi di granulazioni ribelli, non mai spiacevoli

conseguenze e spesso un miglioramento notevole con rischiaramento della cornea, con altri mezzi non isperabile.

Secondo l'Autore le ragioni per cui non si è troppo propensi all'uso dell'acetato di piombo, stanno nella comodità ed indolente prestezza dei tocchi colla pietra bleu e nella non paziente e non diligentissima applicazione di questo sale. Il modo di applicazione quale viene praticato dal prof. Quaglino è il seguente: In una piccola ciotola di porcellana si ripone una piccolissima quantità di zuccaro di saturno, esponendolo all'aria soltanto al momento dell'operazione, avvertendo che sia minutissimamente porfirizzato, indi con un pennello a punta lievemente smussa e abbastanza sodo, inumidito, lo si impregna di poco acetato per volta; cercando, per così dire, di miniare a secco a più riprese tutte le granulazioni previamente pulite dal catarro e rasciugate, specialmente sull'ultimo limite d'arrovesciamento dei tarsi; per evitare il contatto del sale colla cornea, si avvicinano le due palpebre in guisa da chiudere la rima, oppure si applica un po' di glicerina od olio. L'Autore poi consiglia d'incominciare dalla palpebra inferiore, perchè altrimenti quest'ultima lubrificata dalla forte lagrimazione della superiore, non permette all'acetato di piombo di agire sulla mucosa energicamente. Tocche tutte le granulazioni, si lava abbondantemente la congiuntiva ed in allora si vedrà, che per l'azione del sale sull'albumina del sangue i tracomi appariranno come cotti, raggrinzati, appiattiti, ricoperti da lievissimo strato bianchiccio uniformemente distribuito, innamovibile colla lavatura.

La reazione è sempre mite, e dopo 24 ore il paziente prova già sollievo e dopo 40 giorni si ripete l'operazione, continuando finchè le granulazioni tutte si sieno appiattite per la consecutiva atrofia.

L'Autore riassume così i vantaggi di questo metodo di cura:

1° Di essere il mezzo più addatto nei casi, in cui il paziente non può frequentare quotidianamente il dispensario, od il chirurgo non ha la comodità di recarsi dall'ammalato;

2° di scemare quasi immediatamente il volume delle granulazioni, appassendole, atrofizzandole e di essere assai meno doloroso in confronto del solfato di rame e nitrato d'argento, dacchè anzi solitamente fa scomparire il bruciore dato dalla presenza dei tracomi;

3° di sopprimere la purulenza, che molte volte si associa alle granulazioni e di rendere quindi meno facile la propagazione della malattia;

4° di affrettare la guarigione e compierla in un tempo minore forse della metà di quello che fa d'uopo cogli altri mezzi curativi finora adoperati;

5° di non lasciare infine cicatrici o stiramenti sulla congiuntiva palpebrale, pur troppo facili retaggi dei caustici inavvertitamente adoperati.

Studio di un caso di daltonismo; per il prof. Annibale Riccò (*Annali d'Ottalmologia*, fasc. 1 Anno V).

Il soggetto di questo studio è il solo nella sua famiglia, che ne sia

affetto, e ciò in entrambi gli occhi, i quali sono di color bruno ed in essi nulla si riscontra di particolare, se si eccettui il carattere del Daltonismo assegnato da Wartmann, consistente nel color nocciola bruno dell'iride, insieme ad un riflesso giallognolo, al quale forse in questo caso l'Autore riferisce un' aureola intorno alla pupilla di un colore traente maggiormente al giallo aranciato metallico, più deciso di quello che si incontra negli occhi normali.

Lo stato della rifrazione degli occhi del sig. I. G. C., desunto da esame praticato dal prof. Manfredi, al quale l'Autore si rivolse, è affatto normale. Acutezza visiva 7|10,

L'esame esterno dei bulbi oculari nulla offre di anormale ed all' ottalmoscopio il fondo oculare appare rosso-bruno per la fitta pigmentazione della coroidea e la papilla sinistra, si fa rimarcare per un breve e stretto tratto lineare di pigmento, che ne contorna inferiormente il margine coroideale (immagine capovolta).

Osservazioni allo spettroscopio di Bunsen. — Il concetto, che ha il sig. I. G. C. ai diversi colori spettrali, è il seguente:

Rosso: per lui è giallo ranciato, tanto più quanto più si procede verso l' estremità dello spettro, cosicchè ivi gli pare una tinta oscura incolora, che poi svanisce, ove noi vediamo ancora una sfumatura di rosso meno luminoso.

Aranciato: è un giallo meno oscuro del rosso.

Giallo: gli offre una tinta franca, alla quale riferisce le vicine.

Verde: per lui è grigio affatto incoloro, talora volgente al giallo, quando appunto il verde, che osserva tira a questo colore. Egli dice di non essere riescito a farsi alcuna idea del verde, nè alcuna norma per riconoscerlo, poichè presentandoglisi un'oggetto incoloro, egli dubita sempre che possa essere verde.

Bleu ed indaco: non li distingue bene l'uno dall'altro; gli presentano una tinta franca e simpatica.

Violetto: gli pare un bleu meno luminoso e meno saturo o più sbiadito.

Nelle osservazioni col saccarimetro a polarizzazione rotatoria di Soleil, trovava che il color rosso vivo di fuoco, era bianco sporco ed oscuro o grigio traente un po' al giallo. L' aranciato gli pareva giallo con alquanto nero. Il giallo era ben riconosciuto. Il verde gli sembrava quasi bianco o grigio volgente al giallo. Il bleu, l'indaco, il violetto gli parevano diverse gradazioni del bleu.

All'esame istituito con carte colorate inverniciate, il rosso intenso appariva verde alquanto scuro ed un poco traente al bleu. Il rosso aranciato, verde-oliva. Il giallo, aranciato-biancastro, verde-biancastro. Giallognolo verdognolo azzurrognolo, colori misti di giallo e verde o bleu con bianco e nero. Verde chiaro, leggermente bigio, rosa-carneo. Rosa, celeste. Porpora (solferino), bleu. Violetto (magenta), bleu (più bello).

L' Autore poi fece molteplici e svariate esperienze sul soggetto in

discorso coi dischi rotanti, coi vetri colorati, a visione indiretta, a luce solare ed a luce artificiale colle immagini accidentali negative, colla stanchezza pei colori o colle faci colorate e dopo di avere cercato le spiegazioni del fenomeno, della causa di esso, conclude il proprio studio col riassunto seguente:

I daltonisti sono più frequenti di quello che non si crede: in Russia più che negli altri paesi; in Inghilterra circa il 13 0[0, in Germania il 12 1[2 0[0, in Francia il 2 0[0, in Italia (dalle poche ricerche da lui fatte finora) l'1 0[0.

L'ispezione dello stato della visione dei colori negli impiegati delle ferrovie dovrebbe introdursi anche da noi, come lo fu in Inghilterra ed in Francia, per evitare le disgrazie prodotte da errare nel giudizio dei colori dei segnali. Gli occhi del daltonista studiato presentano una regolare conformazione e sviluppo. La refrazione è normale, l'acutezza mediocre, la trasparenza dei mezzi rifrangenti completa, la pigmentazione della coroidea (come anche dei capelli, ecc.) ricca.

Lo spettro per lui è accorciato fino alla riga *a* di Fraunhofer e la differenza nella percezione dei colori è quella, che sopra abbiamo esposto per questo esperimento, così pure pei colori ottenuti per polarizzazione rotatoria e colle carte colorate.

Per lui poi sono complementari i colori, che lo sono anche per noi e di più il verde col violetto, che a noi danno bleu.

Egli trova identici il rosso di cocciniglia e la tinta olivastra quasi nera, che assume rotando un disco coperto da un settore giallo e da un nero 29 volte maggiore. Coi dischi rotanti di Woinow risulta pure, che egli non percepisce il rosso.

Sugli alberi non distingue le ciliege dalle foglie, nel vessillo italiano non sa dire ove sia il verde e dove il rosso, il sangue gli pare del color vetro bottiglia, il color delle guancie eguale a quello del cielo. Non ha alcuna idea del verde e per lui potrebbero essere tali tutti gli oggetti biancastri o grigi, o rossastri. Non ha idea della verdura, se non dalla forma e dalla tinta giallastra.

Con un vetro rosso dinanzi all'occhio può distinguere il rosso dal verde, perchè il primo non cambia, mentre il secondo divien nero. Un vetro verde-bleu, non modifica punto le sue sensazioni cromatiche, anzi queste possono essere provate dall'occhio sano, munendosi del detto vetro.

La visione prolungata della luce rossa e della verde, anche fortissima, non produce nel suo occhio stanchezza ed i conseguenti mutamenti nell'aspetto dei colori; ciò conferma che egli non sente il primo colore e che percepisce continuamente il secondo. Egli può fissare lungamente il sole. Invece l'occhio sano, stanco della luce rossa, vede i colori come il daltonista.

Nella visione indiretta egli percepisce i colori come l'occhio normale, il che conferma il fatto, che nella periferia dell'occhio normale vi è daltanismo.

Con luce artificiale per l'abbondanza dei raggi meno refrangibili, rosso, aranciato, ecc., non confonde più il porpora col bleu ed il rosa gli pare eguale al verde chiaro ed al bigio.

Le immagini accidentali negative, gli offrono la tinta complementare dei colori, come egli li vede.

Dalle osservazioni ed esperienze fatte, risulta che il daltonista non ha nozione del rosso e del verde; però se in lui vi sia solo l'impossibilità di percepire il rosso ne dovrebbe venire di conseguenza che non conosca il verde: infatti nella luce bianca egli percepirà gli altri sei colori, che insieme formano il verde-bleu, per cui la luce bianca gli farà la stessa impressione come il detto colore verde-bleu e viceversa questo gli sembrerà simile al bianco, ossia incoloro come diffatti avviene.

Ed invero per il daltonista, mentre il rosso è privazione di colore e di luce, il verde è solo mancanza di colorazione e non di luce. Egli poi confonde questi due colori, perchè in essi sente solo il giallo, che entrambi per lo più contengono.

L'insensibilità per il rosso si può spiegare, sia ammettendo che qualche sostanza colorata anteriore allo strato sensibile della retina, vi impedisca l'arrivo dei raggi rossi, sia ritenendo che la retina medesima sia proprio insensibile al rosso. La prima opinione è stata abbandonata ed infatti nei mezzi rifrangenti dell'occhio dei daltonisti, non si è mai trovata traccia di colorazione, e di più la luce dei fosfeni, ottenuti solleticando il bulbo oculare, appare al daltonista simile a quella di un oggetto d'ottone, come a noi, mentre non intervenendo nel fosfeno l'influenza del mezzo colorato e potendo quindi aver luogo anche la sensazione del rosso, il fosfeno dovrebbe essere percepito dal daltonista di una tinta rossa per lui nuova.

Invece l'altra opinione spiega completamente il daltonismo dietro le ipotesi di Young-Helmoltz, ritenendo che dei tre ordini di fibre, che percepiscono rispettivamente il rosso, il verde, il violetto, sia insensibile il primo.

Quì l'Autore enumera anche le altre teorie, che vennero enunciate per la spiegazione del daltonismo, quali quella di Hochecker e Leber, che ritengono la retina, quantunque completa, non sia eccitabile dai raggi di certa lunghezza, quella di Woinow ed Hering, i quali ammettono, che l'occhio del daltonista sia insensibile, tanto al rosso che al verde e quella di Galezowsky, il quale spiega la percezione dei calori, ammettendo che nei coni retinici avvenga una dispersione circolare della luce sulla base dei medesimi coni e ritiene che nel daltanismo manchi, o sia atrofico nella detta base l'anello, ossia la zona, che sentirebbe il rosso. Teorie queste, come anche quelle avanzate da alcuni fisiologi, i quali vorrebbero, che il daltonismo sia prodotto da un' affezione cerebrale, che non vanno esenti da gravi obiezioni.

Dell'introduzione del sistema metrico nell'ottalmologia; per il dottore Landolt, professore di Clinica ottalmologica a Parigi. (*Annales d'Oculistique*, mai et juin, 1876).

Dopo di avere ricordati i fondamenti, su cui si basa l'antico sistema di numerazione delle lenti, l'Autore ne rileva gli inconvenienti, principalmente il fatto, che la combinazione delle lenti richiedendo una lente minore dell'unità, ne viene per conseguenza il bisogno di addizioni e sottrazioni di frazioni nella determinazione della distanza focale di essa per l'uso della pratica. Oltracciò il pollice fin quì adoperato non è una misura uniforme corrispondente ad una grandezza universalmente addottata, per cui si ha il pollice parigino, l'inglese, l'austriaco, il prussiano, ecc. D'altra parte gl'intervalli esistenti fra i differenti numeri delle serie antiche di lenti sono troppo ineguali e per rendersi ragione del loro valore bisona fare la sottrazione di due frazioni.

Per ovviare a questi inconvenienti la commissione nominata nel Congresso Ottalmologico di Parigi del 1867 adottò il nuovo sistema di numerazione delle lenti, di cui questi sono i principii:

a) Sostituzione del metro al piede; *b*) numerazione delle lenti secondo la loro forza rifrangente e non secondo la distanza focale; *c*) scelta di una unità abbastanza debole, perchè i numeri delle lenti generalmente in uso siano dei numeri intieri e non delle frazioni; *d*) intervalli equidistanti il più possibile fra i differenti numeri.

L'unità addottata pel nuovo sistema, il N. 1 della nuova serie di lenti, è una lente di un metro di distanza focale, che si chiama *Diottria*. La sua forza rifrangente è adunque rappresentata dalla frazione $\frac{1}{1^m}$. Si designa col N. 2 la lente, che ha due unità di forza rifrangente (diottrie) $\frac{2}{1} = 2$ D; e così di seguito. Per cui seguendo semplicemente i numeri cardinali si ottiene una serie di lenti che hanno fra di loro lo stesso intervallo, una *diottria*. Ma siccome nella pratica abbisognano delle lenti più deboli di quelle di un metro di distanza focale, così si ammisero delle frazioni di diottrie, cioè delle lenti di 3[4 di diottria (0,75), d'una mezza diottria (0,50), d'un quarto di diottria (0,25).

S'intercalarono dei quarti di diottria fra i numeri deboli della serie fino al N. 2,5 e delle mezze diottrie dal N. 2,5 fino al N. 6. All'incontro nei numeri elevati della serie, l'intervallo d'una diottria parve troppo piccolo e così si soppresse il N. 19, come appare dalla seguente tavola:

Serie nuova.

Diottrie	F in m.m.	F in pollici.
0,25	4000	148
0, 5	2000	74
0,75	1333	49
1	1000	37

Diottrie	F in m.m.	F in pollici.
1,25	800	29,6
1, 5	666	24,5
1,75	571	21
2	500	18,5
2,25	444	16,4
2,5	405	15
3	333	12,3
3,5	286	10,5
4	250	9,25
4,5	222	8,22
5	200	7,4
5,5	182	6,74
6	166	6,14
7	143	5,29
8	125	4,6
9	111	4,11
10	100	3,7
11	91	3,37
12	83	3,07
13	77	2.84
14	71	2,63
15	67	2,48
16	62	2,29
17	59	2,18
18	55	2,03
20	50	1,77

L'intervallo, che separa i numeri della serie, è una diottria, e la metà, od un quarto di diottria.

Il numero della lente per tal modo, non segna più direttamente la distanza focale, la quale però è facile a trovarsi giacchè la distanza focale è l'inversa della forza rifrangente. Per esempio, in una lente della forza di 4 D o $\frac{4}{1^m}$ la sua distanza focale è $= \frac{1^m}{4}$ o $\frac{100^{m.m.}}{4}$ 25 centimetri; 6 D $\frac{1^m}{6} = 16$ cent. di distanza focale, ecc.

Colla stessa facilità si può determinare il numero della lente, cioè il numero delle diottrie corrispondente ad una data distanza focale. Poichè la diottria è l'inversa della distanza focale, si trova egualmente la diottria col mezzo di una frazione di cui il numeratore è 1^m o 100 centim. ed il denominatore la distanza focale. Per esempio, se si domanda il numero delle diottie (d) corrispondente ad una distanza focale di 40 centim. si avrà:

$$d = \frac{1}{0,4} \text{ o } \frac{100}{40} = 2,5 \text{ D.}$$

Per esprimere in formole generali ciò che si disse, chiamerassi d li numero delle diottrie, F la distanza focale $d = \frac{1}{F}$, $F = \frac{1}{d}$, $d\ F = 1$,

Per passare dall' antico sistema al nuovo, non si ha che a richiamarsi che $1^m = 37''$: la diottria D quindi corrisponde ad una lente di 37" di distanza focale.

Per conseguenza una diottria 1 D (o $\frac{1}{1^m}$) del nuovo sistema è

$= \frac{1}{37} =$ N. 37 dell'antico sistema

$2\ D = \frac{2}{37} =$ N. 18,5 » »

$3\ D = \frac{3}{37} =$ N. 12 » » ecc.

Per trovare il numero delle diottrie corrispondente ad un dato numero dell'antico sistema si procede inversamente, cioè si divide 37 per il numero della lente.

Il sistema metrico nella determinazione del'a refrazione e dell'accomodazione dell'occhio. — Refrazione. — Richiamate alcune nozioni generali universalmente note, l'Autore così prosegue:

Nell'antico sistema si determinava la prima distanza focale coniugata dell'occhio R. Espressa in pollici quella dava direttamente la distanza focale e il numero della lente correttrice e inversamente; il numero della lente correttrice era eguale alla prima distanza focale coniugata dell'occhio ametropo; giacchè per dare ai raggi paralielli la stessa direzione, come se provenissero dal *punto remoto*, il fuoco della lente deve coincidere con quello. Egli è perciò che per determinare la miopia bastava di far leggere dall' individuo alla più grande distanza possibile (punto remoto) e questa distanza espressa in pollici dava direttamente il numero della lente correttrice. Se quella era di 6", la miopia era $\frac{1}{6}$ ed abbisognava della lente correttrice N. 6, ecc.

Inversamente nell'ipermetropia. Quivi il punto remoto è situato al di dietro dell'occhio, la distanza focale R quindi, è virtuale e non può essere determinata direttamente; ma il numero della lente convessa, che correggeva l'ipermetropia, dava in allora la lunghezza focale dell'occhio. Così il punto remoto d'un ipermetropo $\frac{1}{36}$ era situato a 36" di dietro dell'occhio.

Chiamando R la distanza fra il punto remoto e l' occhio, si aveva quindi per l' ametropia la formola $\frac{1}{R}$, ciò che rappresenta in pari tempo la forza della lente correttrice, R essendo il suo numero. Questa lente era convessa o concava a seconda che la distanza focale dell'occhio era negativa (H) o positiva (M).

Nella determinazione della refrazione a mezzo del sistema metrico, l'occhio emmetropo è caratterizzato dal fatto, che la retina si trova precisamente nel foco dei raggi paralelli. L'occhio ametropo è un'occhio la di cui retina non si trova nel foco del sistema diottrico, ma all'avanti o all'indietro di questo. L'ametropia consiste adunque in un *deficit* od in un *eccesso* di forza rifrangente del sistema diottrico relativamente alla sua lunghezza ed essa trova la sua espressione nel numero delle diottrie, che bisogna aggiungere o sottrarre all'occhio, per ricondurre i raggi paralelli sulla retina, vale a dire per fare di un'occhio ametropo un occhio emmetropo.

Così nel mentre che noi determinavamo un tempo, la distanza focale coniugata dall'occhio ametropo R, ora determiniamo questo *deficit* o questo eccesso relativo di forza rifrangente (r) e l'esprimiamo in diottrie.

L'ipermetropia (H) consiste in un *deficit* relativo di refrazione ed il grado ne è rappresentato dal numero delle diottrie, che bisogna aggiungere all'occhio per addattarlo ai raggi paralelli, che vengono dall'infinito o per renderlo emmetropo.

Così: un'occhio ha un' H = 6 D allorchè è 6 D più debole che un occhio E, o che gli abbisogna la lente convessa N. 6 per vedere all'infinito.

L'opposto avviene per la miopia (M). Quì avvi eccesso relativo di refrazione; la M trova adunque la sua espressione nel numero delle diottrie, di cui bisogna diminuire la forza rifrangente dell'occhio per addattarlo all'infinito. La lente correttrice deve essere negativa e la sua forza (numero di D) essere eguale all'eccesso di refrazione dell'occhio M.

Per conseguenza un'occhio, che abbisogna di una lente concava di 8 D, avrà quindi una M = 8.

Si può anche determinare la M direttamente col mezzo della distanza del punto remoto. Solamente questa distanza espressa in centim. non dà il numero, ma la distanza focale della lente correttrice. Per trovare il numero bisogna calcolare col mezzo della formola 2): $d = \frac{1}{F}$ o nel nostro caso. $= \frac{1}{R}$.

Così un miope che legge fino ad una distanza di 40 cent. avrà una miopia di $\frac{1}{0,40} = 2,5$ D.

Accomodazione. — Consistendo questa, come universalmente è noto, in un aumento della forza rifrangente del sistema diottrico dell'occhio, trova la sua espressione nel numero delle diottrie (unità di refrazione), che corrisponde a questo aumento di forza rifrangente. Allo stato di riposo l'occhio addattato al suo punto remoto, allo stato massimo d'accomodazione al suo punto prossimo.

La totalità d'accomodazione di cui dispone un'occhio, l'ampiezza dell'accomodazione è dunque rappresentata dalla lente convessa, che ad-

datta l' occhio sprovvisto d' accomodazione alla visione del suo punto prossimo.

Ampiezza d'accomodazione dell'occhio emmetropo. — L'ampiezza d'accomodazione di un' occhio, che allo stato di riposo è adattato all' infinito ($R = \infty$) è rappresentato da una lente convessa, di cui la distanza focale è eguale alla distanza fra il punto prossimo e l'occhio (P). Infatti per far vedere alla distanza del suo punto prossimo l'occhio accomodato all'infinito, questa lente deve rendere paralelli i raggi che provengono da questo punto. È appunto ciò che avviene allorchè il foco della lente coincide col punto prossimo. Da ciò la formola classica dell'ampiezza di accomodazione dell'emmetropo:

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P}, \text{ nella quale}$$

$\frac{1}{A}$ = ampiezza d'accomodazione

P = distanza tra il punto prossimo e l'occhio, dunque

$\frac{1}{P}$ = lente con una distanza focale = P.

Col nuovo sistema si esprime questa lente pel numero (p) delle diottrie, che rappresenta. Si avrà quindi: $\frac{1}{p} = p$; e $P = \frac{1}{p}$.

La formola dell'ampiezza dell'accomodazione dall' occhio emmetropo è dunque: $a = p$ (6).

L'ampiezza d'accomodazione d'un emmetropo, che vede fino a 20 centim. ($P = 20$ cent.) è adunque $= \frac{100}{20} = 5$ D.

Un' emmetropo, che dispone d' un ampiezza d' accomodazione di 6 D ha il suo punto prossimo a $\frac{100^{\text{cent.}}}{6} = 16$ cent. davanti di lui.

Ampiezza d'accomodazione dell' occhio ipermetropo. — Se l' occhio ha bisogno d'accomodazione per rendersi emmetropo, come nell'ipermetropia, evidentemente allora bisogna aggiungere questo sforzo a quello che cambia l'adattamento all'infinito nell'adattamento al punto prossimo. Ora la lente, che cambia l'ipermetropia è $= r$, lente correttrice dell'ipermetropia e così si ottiene per l' ampiezza dell' accomodazione dell' ipermetropia la formola

$$a = p + r, \text{ ciò che corrisponde all'antica formola:}$$

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} + \frac{1}{R}.$$

Così un' ipermetropo di 3 D, che vede fino alla distanza di 16 centimetri (6 D) ha un'ampiezza di accomodazione di $a = 6 + 3 = 9$ D.

Inversamente: un' individuo ha un' ipermetropia di 2 D e dispone di un'ampiezza d'accomedazione di 7 D, dove avrà il suo punto prossimo?

Si dirà: $a = p + r$

$p = a - r$

$$p = 7 - 2 = 5\,D$$

$$P = \frac{100^{\text{cent.}}}{5} = 20 \text{ cent.}$$

Ampiezza d'accomodazione dell'occhio miope. — L'ampiezza d'accomodazione d'un' occhio miope, che vede fino ad una data distanza, è necessariamente meno grande di quella d'un occhio emmetropo, che vede alla stessa distanza, giacchè già allo stato di riposo il miope è adattato ad una distanza definita, per la quale l' emmetropo ha bisogno di uno sforzo d'accomodazione.

Bisogna quindi sottrarre la forza di refrazione di cui l' occhio miope sorpassa l'emmetropico, da quella (p) che addotterebbe l'occhio emmetropo al punto prossimo del miope.

Si ottiene quindi per l' ampiezza d' accomodazione dall' occhio miope la formola $a = p - r$ . . . . 8).

Un miope di 12 D, che vede fino a 6 cent. ($\frac{100^{\text{cent}}}{6} = 16\,D$) ha uu'ampiezza di accomodazione di $a = 16 - 12 = 4\,D$, nel mentre che un miope di 4,5 D, che disponedi 5,5 D d'ampiezza d'accomodazione, avrà il suo punto prossimo a 10 cent., giacchè $p = a + r = 5{,}5 + 4{,}5 = 10\,D$, che corrisponde a $\frac{100^{\text{cent.}}}{10} = 10$ cent.

Influenza dell'età sull'ampiezza d' accomodazione. — È noto che a partire dall'età di dieci anni l'occhio perde della sua forza accomodativa. Secondo il diagramma corretto dal Donders e presentato in quest' anno al Congresso Ottalmologico di Heidelberg si scorge, che la refrazione dell'occhio allo stato di riposo non cangia fino all'età di 50 anni, ma da quest'epoca in avanti dessa diminuisce, l'emmetropo diviene ipermetropo, l'ipermetropo vede aumentare il suo diffetto ed il miope diminuire la sua miopia, che può anche cambiarsi in emmetropia od anche in ipermetropia, a seconda del grado.

La refrazione dell'occhio allo stato di massima accomodazione diminuisce gradatamente e dopo il 65° anno di età, diviene ancor più debole della refrazione dell'occhio sprovvisto d'accomodazione negli anni precedenti e non cessa del tutto che ai 75 anni.

L'ampiezza d' accomodazione trova la sua espressione per ciascuna età nel numero delle diottrie contenute fra le due curve del diagramma di Donders e per tal modo si ottiene la serie seguente:

Anni	Ampiezza d'accomodazione.
10	14 D
15	12 »
20	10 »
25	8,5 »
30	7 »
35	5,5 »

Anni	Ampiezza d'accomodazione.
40	4,5 D
45	3,5 »
50	2,5 »
55	1,75 »
60	1 »
65	0,75 »
70	0,25 »
75	0 »

L'ampiezza d'accomodazione resta assolutamente la stessa per l'ametropia, che per l'emmetropia e le cifre della serie si applicano indifferentemente a tutte le forme ed a tutti gradi d'ametropia. Ma la distanza P del punto prossimo cambia. Dessa è la distanza focale di p, ridotta secondo la regola esposta. Essa può anche essere dedotta dalle cifre della serie dell'ampiezza d'accomodazione col mezzo delle formole 6, 7 e 8.

Presbiopia. — Si è chiamato presbiopia lo stato dell'occhio, dove il punto prossimo ha oltrepassato 8".

Ora 8" = 216 m.m. o 22 cent., ciò che rappresenta 4,5 D.

Secondo il nuovo sistema si dice adunque, che la presbiopia incomincia all'epoca della vita, dove l'occhio non vede più al di qua di 22 centim. Essa trova la sua espressione nel numero di D, che bisogna dare all'occhio per rendergli possibile la visione di 22 cent., vale a dire per procurargli una forza rifrangente di 4,5 D.

Secondo lo schema di Donders è all'età di 40 anni, che l'occhio emmetropo non dispone più che di 4,5 D. È adunque ad una tale età, che incomincia per lui la presbiopia. La presbiopia poi è per l'E eguale alla differenza fra il numero dalle diottrie, che rappresenta la visione davvicino e 4,5 D.

È in pari tempo il numero della lente, che bisogna dare all'emmetropo per correggere la sua presbiopia.

Si otterrà dunque per la presbiopia d'un'occhio emmetropo la serie seguente:

Età.	P.	Presbiopia.
40	4,5	4,5 — 4,5 = 0 D
45	3,5	4,5 — 3,5 = 1 »
50	2,5	4,5 — 2,5 = 2 »
55	1,5	4,5 — 1,5 = 3 »
60	0,5	4,5 — 0,5 = 4 »
65	0	4,5 — 0 = 4,5 »
70	— 1	4,5 + 1 = 5,5 »
75	— 1,5	4,5 + 1,5 = 6 »
80	— 2,5	4,5 + 2,5 = 7 »

Nulla all'età di 40 anni, la presbiopia aumenta dunque d'una diottria

ogni 5 anni fino ai 60. Da quest' epoca d'essa aumenta ora di una, ora di mezza diottria nello stesso tempo.

Esempio: Un E di 55 anni si lagna di non poter più leggere continuatamente; si fa il seguente ragionamento: egli ha oltrepassato di 15 anni l'epoca, in cui incomincia la presbiopia; ciò costituisce 3×5 e poichè occorre 1 D ogni 5 anni, così glie ne occorreranno 3 per correggere la sua presbiopia.

Un E di 47 anni, domanda delle lenti. Egli ha 7 anni di più dei 40, gli occorre quindi $\frac{7}{5} = 1,5$ D circa.

Un E di 75 anni si lagna della debolezza delle sue lenti. La sua presbiopia è $= 6$ D; noi gli daremo per conseguenza la lente convessa 6.

Presbiopia degli ametropi. — Per l'ametropia, la presbiopia si calcola alla stessa maniera, però dopo di avere corretta l'ametropia.

Presbiopia degli ipermetropi. — Il numero delle diottrie, che abbisognano per correggere l'ipermetropia, evidentemente si aggiunge alle diottrie, che correggono la presbiopia.

Esempio: Qual numero di lenti bisognerà dare all'età di 60 anni ad un ipermetropo di 2 D? Se egli fosse E gli occorrerebbe il 4, perchè egli ha oltrepassato di 4×5 anni l'età, in cui incomincia la presbiopia; ma giacchè ha bisogno di 2 D per rendersi emmetropo, gli occorrerà $4 + 2 = 6$ D per la visione davvicino.

Presbiopia dei miopi. — Si procede in questo caso in modo inverso. Per rendere emmetropo l'occhio miope abbisognano delle lenti negative. La lente concava, che corregge la miopia, colla convessa che, rappresenta la presbiopia, si neutralizza in parte. Egli è perciò che non si ha che a dare al miope la lente, che risulta dalla sottrazione dei numeri delle due lenti.

Esempio: Un miope di 3 D richiede delle lenti all'età di 65 anni. Se egli fosse emmetropo, gli occorrerebbe 4,5 D; ma siccome egli è miope di 3 D, non gli occorre altro che $4,5 - 3 = 1,5$ D.

Per correggere la presbiopia di un individuo di anni 52 1|2, quale lente converrà dargli, se lo stesso sarà anche miope di 10 D?

L'emmetropo all' età di anni 52 1|2 abbisogna di $(52\frac{1}{2} - 40 = 12\frac{1}{2} = 2,5 \times 5)$ 2,5 D.

Combinando il N. 25 convesso col 10 concavo, che corregge la miopia, gli resterà $2,5 - 10 = - 7,5$. Abbisognerà quindi della lente negativa 7,5 per ridurre il suo punto prossimo a 22 cent.

Messi così in evidenza i vantaggi del nuovo sistema in confronto dell'antico per la pratica ottalmologica, l'Autore passa a dimostrarne l'utilità anche per l'ottica fisiologia e ne descrive l' applicazione all' occhio ridotto di Donders, come a quello dell' Autore stesso e così pure per l'uso dell'ottalmoscopio a refrazione dello stesso Autore. Per ultimo fa un cenno descrittivo del Facometro di Snellen, che serve a control-

lare le distanze focali delle lenti a sistema metrico con quella del sistema antico.

Semidecussazione del nervo ottico nel chiasma dell' uomo; del dottor Hirschberg. (*Virchow's Archiv e Klinische Monatsblatt*, januar-februar 1876, p. 74).

L'Autore riporta un caso da esso ritenuto, tanto uel riguardo clinico, che anatomico, come dimostrativo della semidecussazione nel nervo ottico dell'uomo.

Il paziente, dell'età di anni 60, si lagnava da più di 4 anni di un acuto dolore frontale sinistro, da due settimane era affetto da emiopia, in guisa che in entrambi gli occhi era affatto mancante la metà destra del campo visivo; la perfetta linea di demarcazione era diretta verticalmente dall'alto al basso da ambo i lati, precisamente verso il punto di fissazione e perfettamente simmetrica. Nella metà diffettosa del campo visuale mancava del tutto la percezione visiva quantitativa; al di là della linea di demarcazione notavasi tosto una perfetta funzione visuale.

Venuto a morte il paziente, alla sezione si riscontrò nell'emisfero sinistro cerebrale un tumore resistente della grossezza d'una mela, il cordone ottico sinistro al davanti del chiasma era evidentemente più sottile dal destro; il neoplasma mostrava la struttura di un gliosarcoma vascolare.

Sezioni orizzontali ben riuscite attraverso a tutto il chiasma non diedero risultati decisivi, tuttavia l'Autore potè persuadersi dell'esistenzza di fascicoli laterali non incrocciati.

Osservazioni ed annotazioni sulla vista dei sordo-muti; del dott. H. Adler. (*Klinische Monatsbl.*, May-april, p. 65).

Le nozioni circa gli occhi dei sordo-muti sono affatto contradditorie, poichè alcuni ammettono, che l'occhio del sordo-muto, come tutti gli altri suoi organi dei sensi, sieno più ottusi; altri invece ritengono, che l'occhio del sordo-muto sia più perfetto, quasi a sostituzione del difetto del senso dell'udito. L' Autore esaminò gli occhi di 100 allievi dell' Istituto dei sordo-muti di Vienna.

L'esame venne istituito colle tavole di Snellen e ciascun occhio separatamente ed in ciascun caso allo scopo di constatare un' eventuale ipermetropia, manifesta si tenne avanti all' occhio una lente convessa. Ciascun allievo venne sottoposto all' esame ottalmoscopico ed a quello dei colori e sui 100 allievi esaminati non si rinvenne alcun cieco pei colori. L'esame del campo visivo effettuato col perimetro di Förster diede per risultato un campo assai esteso in tutti i sensi e specialmente alle anomalie di refrazione si ottenne sempre un bisogno normale di intensità luminosa.

Nessun allievo porta occhiali.

Per rapporto alla refrazione si ebbero 32 emmetropi, 5 miopi e 63 ipermetropi e press'a poco nella stessa proporzione fra maschi e femmine. Per lo più la refrazione era eguale per entrambi gli occhi.

L'accomodazione venne determinata separatamente su ciascun occhio si riscontrò in generale abbastanza buona. Spesso l'ampiezza dell'accomodazione si trovava fra $2\frac{1}{2}$ a 20 e il più delle volte da 3 a 12".

In generale è da osservarsi, che il lavoro oculare del sordo-muto, è immensamente maggiore di quello degli individui allo stato normale e ciò non ha bisogno di spiegazione, dovendo essi per ogni atto della vita far uso dell'organo della vista e da ciò ne deriva l'estensione del loro campo visivo.

Malgrado i frequenti sforzi accomodativi, cui si trovano soggetti i sordo-muti, non si riscontrò la miopia progressiva.

Si ebbe però a notare, che i sordo-muti ricercano sempre la maggior luce possibile, non perchè questa le sia loro assolutamente necessaria, ma bensì perchè quella riesce loro particolarmente aggradevole, talchè Eschke ebbe a dire che la tortura non appare cosí spaventevole al colpevole quanto l'oscurità al sordo-muto.

L'acutezza visiva diede i seguenti risultati sopra 100 allievi:

Acutezza visiva normale. S. $= \frac{20}{20}$ 60 per 100.

Acutezza visiva più forte. S. $= \frac{20}{15}$ 10 » 100.

Acutezza visiva buona. S. $= \frac{20}{30}$ 14 » 100.

Acutezza visiva media. S. $= \frac{20}{40}$ 9 » 100.

Acutezza visiva inferiore. S. $= \frac{20}{50}$ 7 » 100.

Le cause di una ragguardevole diminuzione nell' acutezza visiva dipendettero: in 2 casi per intorbidamento dei mezzi refrangenti (1 cataratta, 1 macchia dalla cornea); in 5 casi per anomalia di refrazione (3 miopie, 2 ipermetropie in alto grado).

Malattie dell' apparato nervoso: 7 casi. Esiti di retinite 1, retinite pigmentosa 3, ambliopia con decolorazione del nervo ottico 1, degenerazione delle fibre nervose 1. Finalmente 1 caso di nevro-retinite da tumore cerebrale ed in 2 casi si ebbe un'ambliopia da causa ignota.

La diminuzione dell'acutezza visiva corrispose sempre ed in modo saliente con un deficiente sviluppo intellettuale, il che venne controllato dall'Autore e dai singoli docenti dell'Istituto. *L' intelligenza dei sordomuti*, secondo l'Autore, *dipende in prima linea dalla loro vista, ossia dalla loro acutezza visiva.*

Per rispetto alle malattie oculari, a cui vanno soggetti i sordo-muti, egli è fuori di dubbio, che le affezioni scrofolose costituiscono il numero prevalente su tutte le altre forme morbose, il che trovasi in armonia col fatto, che assai di spesso la causa di un tale diffetto risiede nella dia-

tesi scrofolosa. L'Autore poi ebbe ad osservare anche l'emeralopia, che assunse un carattere endemico.

Nuove esperienze sul tatuaggio della cornea; del dott. A. V. Reuss. (*Klinische Monatsb.* Mai 1876, p. 139).

L'Autore riporta alcuni casi di tatuaggio corneale, in cui a primo aspetto gli occhi non sembravano affatto addattati per tale operazione, e che ad onta di ciò diedero risultati felicissimi e d'altra parte presentarono piccoli accidenti nel decorso dell'operazione.

Il primo caso descritto riguarda una ragazza di 17 anni, la quale aveva perduto il suo occhio destro in seguito ad una cheratite. La cornea era quasi in totalità distrutta dal processo di suppurazione ed in suo luogo eravi una cicatrice raggrinzata, in modo che il bulbo trovavasi un poco impicciolito. La congiuntiva si avanzava sulla cicatrice corneale, in modo da lasciarne libero solo un piccolo spazio rotondo di 9 mm. di diametro. Siccome il moncone bulbare era un po' troppo grosso per l'applicazione di un' occhio artificiale, causandogli dolori intollerabili, l'Autore decise di tentare il tatuaggio.

L'operazione riuscì contro ogni aspettazione felice, giacchè si ottenne una bella pupilla nera, essendosi la tinta mantenuta perfettamente anche in quella parte che è coperta dalla congiuntiva. S'impiegarono però trenta sedute e il processo riesciva piuttosto doloroso, injettandosi l'occhio assai facilmente, per cui si dovette assai di spesso sospenderlo, onde lasciar cessare l' irritazione.

Nel secondo caso non si trattava propriamente di una macchia corneale. Lo stato dell'occhio era il seguente: la cornea aveva perduto un po' della sua normale curvatura e leggermente intorbidata ne' suoi strati più esterni, specialmente nel suo segmento inferiore, ma non al punto da non lasciar trasparire abbastanza bene il colore della sottoposta iride. Nel centro notavasi una piccola macchietta satura, a cui faceva capo una sinecchia anteriore. La pupilla chiusa da numerose sinecchie. All' interno inferiormente si notava un coloboma irideo da praticata iridectomia, che non si estendeva fino al margine cigliare; all' interno di questo eravi una cataratta calcare bianco-gialliccia, la quale dall'ammalato era ritenuta come una macchia corneale. Ricusandosi l' ammalato di sottoporsi all'operazione della cataratta per togliere la deformità da essa risultante, non essendo il caso di una prognosi favorevole circa al ristabilimento della funzione visiva, si decise di praticare il tatuaggio della parte inferiore della cornea, onde mascherare la deformità prodotta dalla cataratta. L'operazione riuscì perfettamente. Il caso però presentò alcunchè d' interessante sotto un altro riguardo.

Dalla congiuntiva si dipartiva un vaso superficiale, che raggiungeva la cicatrice centrale. Nel maneggio essendo stato ripetutamente intaccato, dava sangue, per cui se ne tentò l'obliterazione. Scarificato ripetutamente, non si ottenne verun vantaggio, giacchè compariva tosto un altro vaso, il quale prima era quasi impercettibile. L'Autore lasciò fuori la parte

occupata dal vaso evitando il più possibilmente d'interessarlo ed ottenne l'intento.

Un altro accidente si verificava in questo ammalato. Come è noto l'imitazione della pupilla non può esser fatta senza adoperare una tintura molto satura, e con una quantità di punture strettamente avvicinate fra di loro. Nel cercare di riempire gli spazj rimasti vuoti avviene di frequente di penetrare nelle punture precedentemente fatte, specialmente quando l'ammalato è inquieto e quando non si adopera la fissazione del bulbo. Questa fu la causa, secondo l'Autore, per cui ad un tratto nel sito, in cui era disegnata una bella pupilla nera, si manifestò un' ulcera, che distrusse tutto l'operato. Questo non ebbe però conseguenze di sorta, giacchè dopo 3 settimane che l'ulcera era cicatrizzata, si potè di nuovo praticare l' operazione e questa volta con pieno successo. Per conseguenza l'Autore, ammaestrato anche da un altro caso identico, consiglia in quei casi, in cui si vuole tingere molto intensamente, di fissare il bulbo e di lasciare degli intervalli piuttosto lunghi fra le singole sedute, per evitare l' inconveniente di interessare le vecchie punture prima che sieno cicatrizzate.

Per ultimo l' Autore riporta il caso di una ragazza, la quale era diggià disposta all'enucleazione del bulbo, in cui egli volle tentare il tatuaggio, il cui risultato fu abbastanza soddisfacente da non richiedere l'ablazione del bulbo. Trattavasi di un' occhio in totalità aumentato di volume, la cornea era cambiata in tessuto cicatrizziale, solo nella parte superiore eravi ancora uno stretto orlo di detta membrana, intorno al quale esisteva un'ectasia intercalare di forma semilunare non circoscritta. L'occhio era indolente e naturalmente privo di vista.

La tintura della cicatrice riescì perfettamente, sebbene avesse prodotto fenomeni irritativi alquanto persistenti; tuttavia nelle ultime sedute (12 in tutto) parve che l'ectasia si fosse un po' più estesa. S'intralasciò allora ogni maneggio e la ragazza se ne partì abbastanza soddisfatta del risultato ottenuto.

Il processo operativo viene eseguito ordinariamente senza elevatori e senza fissazione del bulbo, eccetto che nei casi, in cui l'ammalato sia molto inquieto. A proposito della fissazione del bulbo poi, l' Autore fa osservare, che allorquando l'operazione dura a lungo, per cui si è costretti ad afferrare ripetutamente il bulbo, ne avviene un po' di lacerazione della congiuntiva, e nel trascorrere della tintura, questa si espande sotto la congiuntiva, per cui ne nasce in quel sito una macchia grigiastra. È bene quindi nel fissare il bulbo di tenersi lateralmente, oppure in alto. Il numero delle punture in ciascuna seduta può essere abbastanza grande (da 30 a 40) senza accidenti. L' Autore si serve con prevalenza dell'ago di Wecker.

Echinococco nell'orbita; pel dott. Waldhauer. (*Klinische Monatsb.* Mai 1876, p. 152).

Andrea Iewsejew, d'anni 21, accolto nell' Istituto ottalmico di Riga,

il 22 settembre 1870, presentava l'occhio destro in totalità fuoruscito dall'orbita e pendente sopra la palpebra inferiore. Il bulbo coperto da croste aderenti e vaste, levate le quali appena si poteva discernere il tessuto corneale. La congiuntiva coperta da ulcerazioni si estendeva continuatamente, lasciando appena una traccia del cul di sacco fino all'orlo cigliare della palpebra superiore fortemente spinta in alto e ricopriva quivi un tumore, che dal fondo dell'orbita veniva a protrudere al difuori quasi come il bulbo. Il tumore era teso, non dolente e fluttante, non perfettamente liscio, presentando qualche elevatezza, dove la fluttuazione era più manifesta.

Il soggetto raccontava di avere da circa 4 anni incominciato a provare dolori di capo al lato destro, e l' occhio divenne gradatamente cieco; e in pari tempo si faceva più protrudente. Il paziente piuttosto emaciato aveva un aspetto sofferente. I dolori erano dapprima intermittenti, in seguito si fecero continui ed insopportabili.

La diagnosi venne fatta di echinococco e si stabilì di passare all'ablazione del tumore unitamente al bulbo. Era intenzione di estrarre il sacco intatto, il che non si potè ottenere per quanta diligenza si usasse, giacchè si ruppe, lasciando sortire una massa di vescicole di echinococco della grossezza di una noce avellana. L' emorragia consecutiva fu piuttosto abbondante, per cui si dovette tamponare la cavità orbitale. In due mesi la cavità si riempì di granulazioni, al che contribuì di molto l'aver risparmiato buona parte della congiuntiva durante l' operazione.

Caso di morte dopo l' iridectomia; pel dott. S. Klein. (*Oesterr. Jahrb. f. Pädiatrik e Klinische Monatsblätter*).

L'Autore riporta un caso, nel quale tosto dopo l'iridectomia avvenne la morte, essendo però dubbio se l'iridectomia per sè stessa fosse stata causa del triste accidente, ovvero potesse essere stata causata dalle conseguenze della anestizzazione col cloroformio, o dalle injezioni di morfina, oppure da tutte queste cause insieme riunite.

In una ragazza di 6 anni, con macchia centrale della cornea, si praticò sull'occhio destro senza narcosi un' iridectomia all' interno. Cinque giorni dopo si manifestò una piccola procidenza dell' iride. In causa della piccolezza del coloboma irideo ed allo scopo di liberare un piccolo lembo d' iride incastrato nella ferita, si decise di praticare una nuova iridectomia. Circa 5 settimane dopo la prima operazione, s' istituì d' ambo i lati una iridectomia previa leggiera anestesizzazione, a sinistra all' interno, a destra all' interno ed un po' inferiormente, comprendendo il vecchio coloboma. L'operazione procedette regolarmente, tuttavia tanto a destra come a sinistra rimasero dei piccoli lembi d' iride incastrati nella ferita.

Trascorsero 24 ore senza accidenti. Al giorno dopo alla visita mattutina l'ammalata accusava dolori nell'occhio sinistro. Al dopo pranzo si manifestarono convulsioni, con perdita della coscienza, schiuma alla

bocca e cianosi. Dopo una mezz'ora, non cedendo le convulsioni, si fece un' injezione di $\frac{1}{16}$ di grano di morfina. Dopo un' ora e mezza le convulsioni si fecero più deboli e cessarono a poco a poco del tutto, persisteva però l'affanno di respiro, la perdita della coscienza e la cianosi e soppraggiunse il rantolo tracheale. Dopo due ore, in cui vennero impiegati tutti i rimedj possibili, compresa la tracheotomia, venne la morte. La sezione mostrò iperemia del cervello e dei polmoni.

Contribuzione all' operazione dell' iritomia (1); pel prof. WECKER. (*Klinische Monatsbl.* September 1876, p. 281).

Dopo di avere luminosamente constatata l' indicazione dell' iridotomia e la sua prevalenza sull' iridectomia in tutti i casi di chiusura della pupilla negli occhi afachici, l' Autore venne nella convinzione, che una tale operazione dovesse avere un' azione direttamente antiflogistica anche nei processi infiammatorj floridi.

Dopo di avere ammesso, che i sintomi di iritide e di ciclite consecutivi all'estrazione della cataratta, dipendono direttamente da cause meccaniche e propriamente da incastramento di lembi di capsula o d'iride nella ferita praticata per l'estrazione lineare, l'Autore propone che si abbia ad agire direttamente contro il fatto meccanico, che mantiene il processo infiammatorio, l' esperienza avendogli dimostrato infondato il timore, che un novello imprendimento operativo abbia ad aumentare il preesistente processo infiammatorio. Per conseguenza appena sia constatata l' insorgenza di fenomeni infiammatorj dalle cause meccaniche sovra accennate, l' Autore consiglia di ricorrere tosto all' iritomia ed alla capsulotomia.

Onde rendere l'atto operativo il meno lesivo possibile in occhi, che da poco tempo erano stati assogettati all' operazione della cataratta, l'Autore modificò la sua pinzetta-forbice in modo, che la branca inferiore forma una sottile lancia molto tagliente. La superiore più lunga di un millimetro è munita di un piccolo bottone a forbice chiusa situato all' interno verso la punta. Con questa *pince-ciseaux-boutonnée* tenuta chiusa si penetra nella ferita corneale. Giunti al didietro della cornea, si apre lentamente la forbice, il bottone della branca superiore nell'avvanzarsi preme l' iride verso l' interno e contemporaneamente la fa protrudere contro la punta acuta dell' inferior branca, di maniera che spingendo avanti l' istrumento, colla massima facilità si porta l' iride e la capsula, che vi è aderente, fra le branche della forbice, in guisa da potersene escidere a volontà una porzione più o meno grande.

L'Autore pratica il taglio all'esterno sulla cornea ad 1 mm. di distanza dall'orlo corneale in maniera, che la ferita venga a giacere verticalmente al diametro orizzontale, e se la pupilla non è troppo stirata

(1) Wecker propone il vocabolo iritomia invece di quello comunemente usato di iridotomia.

in alto, viene divisa dal diametro della cornea. È neccessario lasciar evacuare l'acqueo il più lentamente possibile. Se avvi un' ipopion coagulato, che si porta in grembo alla ferita, lo si estrae colla pinzetta.

Il secondo atto operativo consiste in ciò: dopo di avere introdotta la forbice, si deve aprirla leggermente rasente alla ferita interna della cornea e di spingerla fino all'orlo corneale opposto. La branca acuta con ciò trascorre sotto l' iride e con un rapido colpo di forbice si taglia lo sfintere in due punti e si taglia in pari tempo la capsula e le masse essudative. Immediatamente i margini di questa ferita si distaccano l'uno dall'altro, e gli essudati marciosi raccolti al didietro dell'iride, che non si saranno evacuati nell'atto del ritiro della forbice, si possono far sortire con un leggier divaricamento della ferita corneale.

L'Autore poi fa osservare, che adoperando la pinzetta-forbice-bottonuta, non è necessario di piegare leggermente l' istrumento, onde nel penetrare colla branca inferiore poter scorrere sotto l'orlo pupillare od in una apertura praticata nell' iride stessa, bastando invece di aprire leggermente la pinzetta bottonuta e semplicemente spingeria innanzi per esser sicuri di portare fra le branche dell' istrumento l' iride o gli essudati di essa.

Questa operazione, che il più delle volte si effettua senza perdita di vitreo, nei casi in cui si lasciarono nell'occhio forti masse corticali, oppure allorchè si saranno prodotti abbondanti prodotti infiammatorj, non sempre otterrà un mantenimento definitivo della praticata pupilla, ma bensì costantemente si otterrà un' immediata sosta dell' infiammazione, lasciando l'occhio in buonissime condizioni per una seconda iritomia. L'Autore poi non dubita punto, che mediante questo processo operativo praticato a tempo, si eviterà il pericolo dell' infiammazione simpatica nell'altro occhio.

Mediante la pinzetta-forbice-bottonuta si può ridurre l' iritomia doppia ad una semplice, riservando quella unicamente pei casi eccezionali e l'Autore sostiene che un semplice taglio diretto perpendicolarmente alle fibre dell' iride anormalmente stirate, produce una pupilla abbastanza ampia per soddisfare nel maggior numero dei casi.

Presentemente il Wecker pratica l'iritomia dopo l'estrazione al modo seguente:

Se avvi occlusione pupillare in alto in seguito all'estrazione lineare, si pratica l'apertura corneale all'esterno appena al didentro del margine corneale e in corrispondenza allo stiramento dell'orlo pupillare verso la cicatrice, più o meno nella metà superiore della cornea. In alcuni casi il taglio deve essere fatto un po' obliquo, allorchè la pupilla sarà molto stirata verso l'antica ferita e ciò onde evitare di dover tagliare la sclerotica.

Si lascia sortire lentamente l'acqueo, ritirando il *couteau à arret* per evitare ogni brusco cambiamento di tensione ed eventualmente il prolasso dell' iride dalla ferita. Indi si penetra colla pinzetta-forbice-

bottonuta chiusa nella ferita per poi aprirla dolcemente e spingerla fino al punto opposto del margine corneale, allorchè si vuole avere una pupilla piuttosto ampia, oppure fino al terzo interno, allorchè si vuole una pupilla più centrale. Il taglio della forbice praticato in senso orizzontale divide lo sfintere occluso in due punti; la ferita si apre tosto e si divarica formandosi una grande pupilla ovale. Avendo l'avvertenza di ritirare la pinzetta-forbice con precauzione, e di portare in alto l'elevatore già durante l'introduzione della stessa per schivare ogni pressione sul bulbo, si eviterà con certezza la sortita del vitreo.

Dell'estrazione della cataratta a lembo periferico; pel prof. Wecker. (*Relevé statistique*, par le doct. Masselon, Paris 1876).

Dopo di avere per diversi anni fatti pubblicare delle statistiche soddisfacentissime dell'operazione di cataratta col metodo di Gräfe, l'Autore espone le ragioni, che lo condussero a ricercare un nuovo metodo operativo, ed i motivi, che lo determinarono ad adottare definitivamente il nuovo processo.

I motivi principali, per cui l'Autore fu condotto a cercare un novello processo operatorio in sostituzione a quello di Gräfe, furono l'idea di poter conservare una pupilla circolare e mobile e di evitare i frequenti casi di iritide od anche di ciclite, che spesso sopravvengono al 5° o 6° giorno dell'operazione.

Circa a queste spiacevoli insorgenze, l'Autore ritiene, che le infiammazioni del tratto uveale anteriore, dipendano dal contatto diretto della ferita corneale con quella della capsula e dall'influenza reciproca, che esercita la cicatrizzazione della ferita della cornea sul sacco capsulare ed inversamente. Appunto a questo riguardo la conservazione dell'iride per tutta l'estensione della ferita esercita un' influenza capitale nel senso che questa membrana forma una barriera, che si oppone a che i prodotti forniti da parte della ferita capsulare, dei lembi della detta capsula e dei frammenti di masse corticali, infine gli elementi di proliferazione possano mettersi in contatto colle labbra interne della ferita corneale.

Una terza ragione a sostegno del suo assunto sono le osservazioni abbastanza numerose d'irritazione simpatica consecutiva all'operazione di Gräfe. Per ultimo non vi potrà esser dubbio, che la visione di un'occhio provvisto di una pupilla rotonda sarà superiore a quella d'un'occhio affetto da una larga pupilla artificiale.

Oltre alle ragioni sovraccennate conviene aggiungere, che l' Autore, avendo per lungo tempo praticata l'estrazione a lembo e principalmente il processo di Jacobson, potè constatare la grande facilità, con cui questo lembo periferico favorisce la sortita del cristallino, oltrecchè esercita un' influenza favorevole alla cicatrizzazione della ferita. L' Autore però ai sopradetti vantaggi del taglio periferico, ne riconosce un altro importantissimo e cioè, che la cicatrice, che si produce in questi casi, è essenzialmente una cicatrice a filtrazione, che garantisce l' occhio dalle

complicazioni glaucomatose, che possono sopravvenire sopratutto allorchè vi saranno rimaste abbondanti masse corticali.

Lo scopo quindi del nuovo metodo, si era quello di ottenere una guarigione rapida risultante da una coaptazione perfetta della ferita, e nello stesso tempo di stabilire una cicatrice a filtrazione, evitando l'incuneamento e l'interposizione dell'iride. Conveniva quindi trovare una riduzione della sezione di Jacobson, (essendo questa pericolosa senza una completa anestesia): 1.° che permettesse un divaricamento sufficiente per la facile sortita del cristallino, anche il più voluminoso; 2.° che il lembo non si arrovesciasse spontaneamente, ma aderisse in tutti i casi come una sezione lineare; 3.° che avesse una dimensione tale da permettere senza difficoltà l'esecuzione del processo in alto e senza iridectomia.

Il lembo adottato comprende il terzo superiore della cornea, che viene distaccato esattamente dalla sclerotica. Desso presenta un' altezza di 4 mm. e aderisce con una esattezza così perfetta, quale la si può desiderare per la sezione lineare di Gräfe.

Le prime operazioni praticate dal prof Wecker dimostrarono, che la riduzione della sezione di Jacobson, con una facile sortita del cristallino, presentarono tutti i vantaggi delle sezioni lineari per ciò che riguarda la coaptazione delle labbra della ferita ed il nessun pericolo di divaricamento della ferita e della sortita del corpo vitreo; ma d'altra parte questa riduzione non preveniva le tendenze al prolasso dell' iride ed è perciò che l'Autore ebbe ricorso all' instillazione dell'eserina, che oltre all'azione sua miotica, egli ritiene anche atta a diminuire sensibilmente la secrezione congiuntivale e ad agire contro la diapedesi e la migrazione, e probabilmente anche come antisettica.

Gli istrumenti necessarj per l'operazione sono:

1.° Un coltello della larghezza doppia di quello di Gräfe, e la metà di quella del coltello di Zehender (Beer).

2.° Un cistotomo ordinario.

3.° Una piccola spatola in caoutchouc.

Primo tempo. — In ragione della posizione, che deve prendere l'operatore, l'ufficio dell'assistente è differente a seconda che si tratta dell'occhio destro o sinistro. Per l'occhio destro l'operatore situato al di dietro dell'ammalato, solleva la palpebra superiore coll' indice della mano sinistra in pari tempo l'assistente fissa l'occhio, afferrando con una pinzetta una piega della congiuntiva verso la parte inferiore della cornea.

Se si opera sull'occhio sinistro, in allora tocca all'assistente di sollevare la palpebra superiore, intanto che l'operatore al davanti dell'ammalato, fissa l'occhio colla pinzetta tenuta colla mano sinistra. Indi l'operatore distacca esattissimamente il terzo superiore della cornea dalla sua inserzione scleroticale. Terminata la contropunzione, si abbandona la fissazione, intanto che si termina il lembo, senza interessare la congiuntiva per evitare lo scolo sanguigno, e per facilitare l'introduzione del cistotomo.

Secondo tempo. — Consiste nell'apertura della capsula col cistotomo ordinario.

Terzo tempo. — L'operatore solleva la palpebra superiore, poi facendo dirigere l'occhio un po' in basso, esercita colla palpebra superiore una leggier pressione sul labbro corrispondente della ferita, nel tempo stesso che spinge il cristallino in alto colla palpebra inferiore applicata alla parte inferiore della cornea.

Quarto tempo. — Pulita completamente la pupilla, se l'iride non è rientrata da sè stessa nell'occhio, si passa alla sua riduzione, divaricando le labbra della ferita colla spatola, che all'uopo si fa penetrare anche nella camera anteriore spingendo dolcemente avanti a sè l'iride.

L'instillazione dell'eserina vien fatta *immediatamente prima* di operare, *e dopo finita l'operazione*, alloraquando l'iride avrà ripreso la sua posizione, e la pupilla si mostrerà rotonda e perfettamente nera, e infine un' altra goccia verrà instillata dopo che si sarà fatta la prova visuale, prima di passare al bendaggio.

Su 179 cataratte operate per estrazione a lembo periferico, come acutezza visiva si ebbero i risultati seguenti:

In 24 operati $S = 1$

» 33 » $S = \frac{2}{3}$

» 29 » $S = \frac{1}{2}$

» 21 » $S = \frac{2}{5}$

» 23 » $S = \frac{2}{7}$

» 23 » $S = \frac{1}{5}$

» 12 » $S = \frac{1}{10}$

Sopra 6 ammalati, che dopo pochi giorni dall' operazione contavano le dita a delle distanze variabili, l'acutezza visiva definitiva non è stata determinata, non essendosi più presentati alla visita per la scelta delle lenti.

In tre casi, dopo l'estrazione avvenne un' occlusione pupillare
2 volte una suppurazione parziale della cornea
1 volta una suppurazione completa della cornea
1 volta un' irido-coroidite e consecutiva tisi parziale del bulbo
1 volta abbondante emorragia con perdita della funzione visiva.

Sul valore relativo dell'estrazione lineare modificata in confronto cogli altri metodi operativi per la cataratta e sugli accidenti e complicazioni che possono comprometterne l'esito felice. Annotazioni cliniche del professore QUAGLINO. (*Annali di ottalmologia*, Anno V, fasc. 2° e 3°).

Dopo di avere enumerati i difetti dell'operazione della cataratta dura

per depressione, difetti pei quali questo metodo venne bandito dalla pratica, l'Autore passa a parlare del metodo dell'estrazione di Daviel, perfezionato più tardi da Beer e Jäger. Le statistiche dei varii operatori di tutte le nazioni provarono, che con questo metodo si avevano non meno di 8 o 10 perdite totali per cento in causa di flemmone oculare, oltre ad altri 8 o 10 insuccessi, devoluti ad infiammazioni delle membrane interne, a chiusura della pupilla, a cicatrici corneali, a cataratte secondarie. Sopratutto però la perdita totale del globo oculare o della vista verificatosi in seguito all'estrazione a lembo inferiore o superiore, fu sempre l'incentivo principale, per cui si cercarono nuove modificazioni all'operazione, e la soluzione del difficile problema, secondo l'Autore, venne tentata e quasi risolta dall'illustre ed immortale De-Gräfe, colla proposta del metodo lineare modificato.

Adottato quasi universalmente il nuovo metodo, molti credettero si potesse perfezionare. Però le modificazioni, quantunque patrocinate da esperti operatori, non corrisposero alle concepite speranze ed ebbero risultati meno favorevoli in confronto al metodo di Gräfe, e l'unica modificazione, che, secondo l'Autore, meritò di essere accettata e che venne tacitamente e da tutti adottata, si fu quella di praticare l'incisione non più sul territorio della sclerotica, ma sibbene sul confine estremo della cornea, ove s'immedesima colla sclerotica.

Il prof Quaglino, sebbene ammette che questa operazione possa essere applicata a tutti i generi di cataratta ed a tutte le età, pure egli la riserva alle cataratte dure e caseose dell'età avanzata e media.

La cataratta liquida e le molli nei fanciulli, egli ritiene possano essere operate con miglior risultato coll'estrazione lineare laterale antica. Anche le molli negli adulti si operarono con buonissimi risultati col metodo della discissione combinata coll'estrazione lineare laterale della cornea, e senza bisogno di ricorrere all'iridectomia.

Per le cataratte capsulari secondarie e per le membranacee traumatiche senza chiusura totale della pupilla, il metodo preferito dall'Autore si è la discissione.

Nei casi di cataratta nucleare congenita, quando esista alla periferia una bella zona trasparente di lente, l'Autore pratica l'iridectomia e ciò per i vantaggi inerenti alla conservazione della lente.

In rapporto all'estrazione lineare modificata, secondo l'Autore, si può eseguire tanto alla parte superiore, quanto inferiore della cornea, preferendosi però sempre il taglio superiore per ragioni abbastanza ovvie. Nei vecchi assai dimagrati ed allorquando il globo dell'occhio è molto infossato, si preferisce il taglio inferiore perchè più facile e meno lesivo.

La cloroformizzazione vien giudicata utilissima sui bambini e sui fanciulli, per ottenere quella tranquillità, che altrimenti non si potrebbe avere; del resto l'uscita del cristallino riesce assai più facile nei pazienti coraggiosi, svegli ed intelligenti, perocchè movendo questi gli

occhi secondo che vien loro ingiunto, rendono men necessaria la fissazione del bulbo a mezzo della pinzetta.

L'Autore suole operare l'occhio destro colla mano sinistra e qualora si volesse servirsi della mano destra, egli fece eseguire un coltellino lineare, il quale si continua con un' asta lunga incurvata ad S come l'asta di Pamard, in modo che con esso si può facilmente scavalcare il naso, penetrare liberamente nella cornea sclerale all' interno e compiere il taglio lineare.

Accidenti che possono influire sull' esito dell' operazione durante l'atto operativo e modo di evitarli. — Gli accidenti, che possono complicare il primo tempo, sono la ferita dell' iride dipendente o da inquietudine dell'ammalato, o da cattiva direzione dell' istrumento nell' atto della contropunzione, il quale accidente può dar luogo a consecutive reazioni.

Altro accidente inerente al primo tempo si è la sproporzione dell' incisione corneo-sclerale in confronto al volume della cataratta, nel qual caso si sarà costretti a dover ampliare la ferita colle forbici, onde la lente possa uscire con facilità. Altro accidente spiacevole poi si è la lacerazione della congiuntiva e l' emorragia sottocongiuntivale, per la puntura dei vasi cagionata dalla pinzetta dentata.

Nel secondo tempo, se l'ammalato è molto inquieto ed il margine orbitale molto sporgente, e l'occhio non ben fisso, è spesso difficile l'afferrare l' iride colla pinzetta ed una volta afferrata, questa può essere soverchiamente stirata, per cui ne può avvenire l'emoftalmo per lacerazione dei vasi o il distacco dell' iride dal legamento cigliare.

Nel terzo tempo la manualità viene spesso resa difficile dalla presenza del sangue nella camera anteriore. Quando tale accidente si verifica, l'Autore consiglia di far uscire il sangue comprimendo leggermente la cornea, aprendo le labbra della ferita mediante il cucchiajo di Daviel, ed avvicinando alla ferita stessa un pannolino, il quale possa attrarlo e riassorbirlo mentre è ancora fluido. Qualche volta si riesce a far cessare l'emorragia, spruzzando un getto di soluzione di atropina sul globo oculare e sulla ferita.

Per questo terzo tempo alcuni operatori consigliarono, allo scopo di affrettare l'atto operativo, di praticare l' incisione della capsula col coltellino nel primo tempo dell'operazione, ossia nel momento in cui si penetra colla punta di esso nella camera anteriore. Per ottenere più facilmente l' intento consigliano di dilatare prima la pupilla coll'atropina, al fine di poter incidere la capsula per una maggiore estensione. L'Autore però crede piuttosto dannosa, che utile questa modificazione, in primo luogo perchè rende più difficile l'atto operativo, nè permette di incidere in vario senso la capsula; in secondo luogo perchè dovendo tagliare la capsula prima di uscire colla punta del coltellino dal punto opposto della cornea, l'acqueo scola dalla ferita e l' iride viene ben tosto a cadere sotto al tagliente, nel mentre si tenta di compiere l' incisione cor-

neale coi movimenti di va e vieni. Si corre quindi pericolo di fare una imperfetta iridectomia e di lasciare una porzione d'iride aderente al legamento cigliare, la quale può impegnarsi fra le labbra della ferita, formare un prolasso ed una sinecchia anteriore consecutiva, che può essere causa di reazione (1).

(1) Se non vado errato, credo di essere stato il primo che abbia proposta una tale semplificazione, addottando altresì una leggier modificazione al bistorì di Gräfe, vale a dire rendendolo bitagliente per 1 centimetro circa al suo apice.

La modificazione però da me proposta ed addottata fino dal 1873, credo che sia esente dai difetti lamentati dal prof. Quaglino, inquantochè nella pratica di essa si eseguiscono appuntino i differenti maneggi descritti dall'illustre inventore, solo vien tolto del tutto il terzo tempo dell'operazione, e qui mi sia concesso di riportare testualmente le parole di Gräfe, quali si trovano negli « Archiv für Ophthalmologie » volume XI, parte III. e ciò allo scopo di provare come io non mi sia per nulla discostato dai precetti, che sono caratteristici di questa eperazione.

A pagina 24, laddove descrive il taglio sclero-corneale, Gräfe così si esprime: « *Das schmale Messer wird mit der Schneide nach oben, der Fläche nach vorn*

B A

im Punkte a (Fig. VI) *so eingestossen, dass es möglichst peri-*

C

pherisch in die vordere Kammer eintritt. Um die dimensionen der inneren Wunde zu vergrössern, ziele anfänglich die Spitze nicht nach dem Contrapunctions punkt B. sondern etwa nach dem Horn hautpunkte C, und erst wenn sie stark drei Linien in dem sichtbaren Kammerraum zurückgelegt hat, senke mann denn Griff und schiebe dieselbe unter den Schleralbord nach B. ».

La sezione lineare da me addottata e descritta nella « Gazzetta Medica Italiana » serie VI, tomo VI, 1873, che comprende anche il terzo tempo dell'operazione, corrisponde esattamente alla descrizione sopracitata, coll'unica differenza, che la punta dello strumento *bitagliente* invece di trascorrere libera nella camera anteriore, incide solcando la capsula in guisa da costituire su di essa un lembo a lettera V. L'incisione della capsula alla maniera qui sopra descritta è appunto quella che viene proposta dallo stesso Gräfe, con una piccolissima differenza che nella mia modificazione non essendo ancora costituito il coloboma irideo, la terminazione dei due tagli dovrà arrestarsi laddove incomincia l'orlo pupillare d'altronde dilatato al maximum. Infatti a pag. 28, laddove descrive il terzo tempo, così si esprime il Gräfe: « *Mit dem in gecignetер Weise g bogenen flietenformigen Cystotom wird, nachdem man die Fixirpincette dem Assistenten wieder abgenommen, die Kapsel successive in zwei Fluchten eröffnet. welche vom untern Theil der natürlichen Pupille ausgchen und hart an dem nasalem und am temporalen Rande der gesammten Pupille bis in die Nähe des oberen Linsenaequators aufsteigen* ».

Riassumendo mi pare quindi, che l'atto operativo nella modificazione da me proposta, non viene ad essere più difficile, trattandosi di eseguire alla lettera i maneggi indicati dal Gräfe, e non essendovi neppure bisogno di piegare al-

Nel quarto tempo (estrazione della cataratta) l'Autore suole ottenere la sortita della lente, facendo una leggier pressione sul basso della cornea coll' intermezzo della palpebra inferiore. Se la cataratta è molto voluminosa e dura, e l'incisione non abbastanza estesa, consiglia di spingere alquanto all' indietro col cucchiaio di Daviel il lembo posteriore, e nello stesso tempo fare una leggier pressione sulla cornea col cucchiaio di gutta-perca, onde spingerla all'alto e favorirne l'uscita dalla apertura, e qualora ciò non bastasse, si ricorrerà alla dilatazione dell'incisione colle forbicine del Maunoir.

Uscita la cataratta, la parte corticale di essa sorte coi soliti maneggi; se però esistessero pezzi voluminosi e duri di cataratta, l' Autore consiglia di aspettare la riproduzione dell'acqueo, giacchè in allora questi vengono con tutta facilità trascinati dall'umore, che scola dalla ferita.

Nei casi di cataratta incompletamente matura e quando la capsula è molto tenace, può accadere che qualche piccolo lembo di questa rimanga impegnato fra le labbra della ferita, e non sia avvertito a motivo della sua perfetta trasparenza. In tali casi l'Autore consiglia di osservare la ferita poche ore dopo l'operazione ed anche il giorno successivo, affine di assicurarsi, che non esista la nota complicazione, la quale potrà essere facilmente eliminata, quando il coalito della ferita non è ancora avvenuto.

Allorchè in seguito alla uscita precoce del vitreo, la lente sarà caduta nel fondo oculare, l'Autore è del parere di abbandonarla a sè finchè siasi riprodotto l'acqueo, perocchè risale solitamente nel campo pupillare e può essere allora facilmente ripresa col cucchiaio o colla paletta di Critchett.

Per la medicatura consecutiva all'operazione l'Autore proscrive l'applicazione delle liste di cerotto, e quella di taffetà, nonchè l' uso dei cuscinetti di filaccia o di cotone, e il bendaggio stretto a cifra otto. Abbandonò poi affatto i bagnoli freddi, i sacchetti di ghiaccio ed ogni altro mezzo perfrigerante ed invece compita l' operazione instilla nel

l'avanti il manico del coltellino per intaccare la capsula, perocchè esercitando una leggier pressione sul bulbo colla pinzetta a fissazione, la cristalloide viene a portarsi da sè stessa contro la punta dello stromento. È bensì vero che col taglio da me addottato non è permesso di incidere la capsula in vario senso, ma ciò non era ritenuto indispensabile o forse anche conveniente dallo stesso inventore del metodo. Una volta ammesso poi che i maneggi, che costituiscono l'atto operativo, non differiscono in nulla da quelli indicati dall'inventore, ne viene di conseguenza che gli altri difetti, come lo scolo precoce dell'acqueo e l'eventuale interessamento dell'iride, restano evitati, come lo sono pel metodo originale. Così dicasi del pericolo di una imperfetta iridectomia e di lasciare una porzione d' iride aderente al legamento cigliare. A conferma poi delle ragioni sovraesposte aggiungerò, che su circa 70 operazioni eseguite colla semplificazione in discorso, nemmeno in un caso ebbero a verificarsi gl' inconvenienti dal prof. Quaglino temuti. *Flarer.*

sacco congiuntivale qualche goccia di una soluzione di atropina (10 centigrammi sopra 12 di acqua distillata), e poi mantiene chiuse le palpebre mediante una pezza di tela fina piegata a due doppi, della larghezza di tre dita trasverse e di un semplice frontale, costituito da un pezzo di benda, che porta due nastrini abbastanza lunghi alle estremità, i quali si fanno passare attorno alla testa e quindi al disotto delle orecchie a cifra otto e poscia si annodano lateralmente.

La prima medicatura non vien rimossa che al giorno seguente, semprecchè l'operato non dia indizio di dolore o di molestia qualunque, nel qual caso si passa tosto all'ispezione dell'occhio per rimediare a quegli accidenti, che possono essersi verificati.

Accidenti consecutivi all'operazione e modo di curarli. — Fra gli accidenti, che sogliono tener dietro all'operazione della cataratta per estrazione lineare, il più grave è certamente la panoftalmite, e in queste contingenze l'Autore ha trovato giovevole molte volte, per sottrarre il paziente alle sofferenze, di affrettare l'uscita del pus dal globo oculare, praticando un taglio crociato sulla cornea, il quale interessi anche la parte anteriore della sclerotica, applicando inoltre i cataplasmi mollitivi tiepidi. Nei soggetti non esausti di forze ed ancora ben nutriti, l'Autore ebbe qualche reale vantaggio dal calomelano amministrato come purgativo, alla dose di un grammo al giorno, dai bagnolini caldi e dal sanguisugio generoso ai processi mastoidei.

Le cause, che possono arrestare il processo di cicatrizzazioue corneale e favorire perniciose reazioni sull'occhio operato, secondo il professore Quaglino, sono: *a*) complicazioni locali; malattie delle palpebre del sacco lagrimale della congiuntiva o di altre membrane oculari; *b*) affezioni del quinto pajo e dei nervi trofici, che presiedono alla nutrizione delle membrane oculari; *c*) affezioni discrasiche o viscerali, che spesso complicano la cataratta; *d*) lesioni accidentali traumatiche, cause nocive endemiche ed epidemiche inerenti alla località, all'atmosfera, alle stagioni od alle regioni, nelle quali si pratica l'operazione.

Delle complicazioni locali alcune sono amovibili e dovrà quindi differirsi l'operazione fino alla loro totale guarigione; altre invece, come l'ectropion ed il lagoftalmo, controindicano assolutamente l'estrazione della cataratta, così dicasi anche del lupus, che interessa la palpebra inferiore e la guancia. In questi casi l'Autore preferisce sempre la discissione e la lacerazione della capsula per ottenere la macerazione e l'assorbimento della lente.

Le affezioni del quinto pajo e dei nervi trofici, che presiedono alla nutrizione delle membrane oculari, determinano un pronostico poco favorevole nell'operazione di cataratta, essendo desse causa non infrequente di malattia della congiuntiva, della cornea, dell'iride e della coroidea, perocchè, come dice l'Autore, facilmente ne potrà derivare la suppurazione della cornea, l'irido-ciclite e l'ottalmia simpatica nell'occhio sano.

Fra le cause, che possono favorire la reazione infiammatoria nelle membrane interne oculari, si deve ammettere anche la dentizione nei bambini per la irritazione, che soffrono i filamenti delle estremità dentali delle due branche inferiori del quinto, allorchè i denti stanno per spuntare, la quale facilmente si propaga anche alla branca superiore, da cui traggono la loro origine i nervi cigliari sensitivi e trofici.

Circa le lesioni accidentali traumatiche, l'Autore richiama l'attenzione a quel particolare delirio senile, che si notò manifestarsi in seguito all'operazione di cataratta, e che fu descritto dal Dupuytren e dal Borelli, e che anch'esso constatò in alcuni casi. Fra le cause nocive endemiche ed epidemiche inerenti alle località, all'atmosfera, alle stagioni od alle regioni, nelle quali si pratica l'operazione, l'Autore accenna alle regioni basse ed umide, umido freddo, nebbiose, come meno favorevoli delle temperate asciutte e montuose; così pure le località, ove dominano i miasmi delle risaje e delle paludi, l'aria degli ospedali, ecc., come condizioni sfavorevoli al buon esito dell'operazione. Nota inoltre come alcuni mesi dell'anno sono in special modo propizj allo sviluppo di gravi accidenti consecutivi, e questi sono da noi il marzo ed il maggio per l'atmosfera burrascosa, ed incostante con forti sbilanci elettrici, come pure l'agosto nelle località basse e dominate da miasmi.

A queste osservazioni pratiche, l'Autore fa tener dietro un quadro statistico di 972 operazioni, che vennero fatte nella clinica oculistica di Pavia, nel corso di 15 anni coi varii metodi della discissione, dell'estrazione a lembo, dell'estrazione lineare modificata col taglio scleroticale e dell'estrazione lineare modificata col taglio della cornea sclerale, da cui risulta, che i successi felici sono assai maggiori con quest'ultimo metodo, che coll'estrazione classica a lembo, avendosi avuto una perdita del 13 per cento coll'estrazione a lembo, nel mentre fu solo del 7 per cento col taglio superiore della lineare modificata e del 10 per cento nell'inferiore, notando eziandio come i risultati immediati sieno anch'essi più pronti e più numerosi.

In base quindi ai favorevoli risultati ottenuti il prof. Quaglino addottò il metodo dell'estrazione lineare combinata coll'iridectomia, come il più sicuro, e che dà risultati più favorevoli e minor numero di perdite.

Estrazione con successo d'un corpo straniero penetrato fino alla retina, effettuata coll'ajuto dell'ottalmoscopio; pel dott. STEVENS. (*Societé Ophthalmol. Americaine analisé* par GIRAUD TEULON, *Annales d'Oculistique*, 1876).

L'esame ottalmoscopico, che dimostrò la posizione del corpo straniero, un frammento d'acciajo, fu fatta per la prima volta il quindicesimo giorno dopo l'accidente in piena irido-ciclite.

La ferita esterna era nella parte inferiore esterna della cornea, e vi corrispondeva un piccolo foro nell'iride; la lente non era opacata e l'ottalmoscopio permetteva di riconoscere il frammento d'acciajo, col suo splendore metallico risiedente sulla retina in mezzo a un'ammasso

pigmentale, all'indentro dell'equatore dell'occhio a distanza presso a poco eguale dai due meridiani cardinali.

Il 17° giorno dall'accidente se ne fece l'estrazione colla maniera seguente:

Praticata un'attenta esplorazione coll'ottalmoscopio, onde ben precisare la sede del corpo straniero, si cloroformizzò il paziente in una camera, che si poteva rendere perfettamente oscura. Ottenuta la completa anestesia, si fece un'incisione preventiva comprendente la congiuntiva ed il tessuto episclerale, dal fondo corneale fino a 3[4 di pollice all'indietro fra i muscoli retto inferiore ed esterno; indi si divaricarono le labbra della ferita, in modo da mettere a nudo perfettamente la sclerotica. Chiuse allora le imposte, si assicurò una seconda volta coll'ottalmoscopio della posizione del corpo straniero. In pari tempo s'introdusse un sottile ago attraverso alla sclerotica e la punta dello stromento venne seguita coll'ottalmoscopio, finchè la si vide in rapporto col bordo anteriore del corpo straniero.

Aperte di nuovo le imposte ed introdotta la luce nella camera, si praticò un'altra incisione nella sclerotica della lunghezza di tre linee; il punto di penetrazione dell'ago ne costituiva il centro. In allora il corpo straniero apparve nel mezzo della ferita avviluppato da una piega retinica. Si esportò il tutto con un colpo di forbice.

La distanza del centro dell'incisione al centro della pupilla misurava linee 7 e mezzo. I margini della ferita sclerale furono avvicinati a quelli della ferita congiuntivale riuniti colla sutura. La medicazione consistette nell'applicazione di acqua fredda continuata per parecchi giorni. L'ammalato sortì dall'ospitale l'ottavo giorno.

Esaminato all'ottalmoscopio il 15° giorno dall'operazione, la metà interna del campo visuale era inerte.

Il diciasettesimo giorno comparsa d'una emorragia intraoculare. L'esterno dell'occhio è bello in apparenza, ma il corpo vitreo era attraversato da membrane opache. Alla fine di giugno i mezzi erano più chiari, ma la papilla non si poteva vedere.

Spasmo di accomodazione prodotto istantaneamente per un vivo riflesso di luce solare; del dott. Pereyra.

La poca frequenza, con cui si manifestano i casi di spasmo accomodativo genuini, fa ritenere utile la esposizione dettagliata di quei rari casi, che si presentano. Ciò premesso, l'Autore passa a narrare la storia di quell'ammalato, che fu visitato al Dispensario dell'istituto ottalmico fiorentino.

Si tratta di un giovane, che un giorno guardando le acque dell'Arno fu così vivamente abbagliato dai raggi del sole ripercossi dalle onde del fiume, che tutti gli oggetti gli si manifestarono confusi e fu obbligato a farsi accompagnare alla propria dimora.

Egli si presenta alla visita robustissimo, non soffrì mai nevrosi, nè alterazione della vista; l'esame delle parti esterne presenta nulla di speciale,

regolare l'ampiezza pupillare, assai bene sentita la reazione dell' iride agli stimoli luminosi. Alla distanza di 20 piedi l' ammalato leggeva il 200 di Snellen, mentre che con una lente sferico, concava $\frac{1}{24}$ percepiva benissimo il N. 30. Con una lente però di poco superiore al N. $\frac{1}{24}$ o di poco minore prova gli stessi risultati, che quando è sprovvisto di lente. Da vicino legge il N. 1 da 4 pollici a 6. Prova pure diplopia, i retti interni sono spasmodicamente contratti.

L'esame ottalmoscopico dava risultati negativi.

L'Autore conchiude quindi che sebbene presentasse l' infermo $\frac{1}{24}$ di miopia, era però incapace di leggere senza lente al disotto del N. 200, cosa che non si riscontra nei casi comuni di miopia; dunque dovevasi sospettare di eccesso di rifrazione, nel caso in parola, apparente; inducevano poi a far credere trattarsi di uno spasmo accomodativo la grande sproporzione tra la vista ad occhio non armato di lente, e la vista ad occhio armato di vetro concavo; e quindi la sensibile modificazione arrecata al grado di vista da lenti ben poco diverse dall' $\frac{1}{24}$, fenomeni caratteristici dello spasmo accomodativo. Il momento causale riferisce l'Autore doversi attribuire all'azione della luce sulla retina reflessa sul muscolo cigliare. Si ottenne una perfetta guarigione coll' uso degli occhiali turchini e colle iniezioni ipodermiche di atropina (5 centigr. per 25 acqua).

Trapiantamento cutaneo palpebrale felicemente riuscito; del professore Mazzucchelli. (*R. Università di Pavia*).

L'Autore in seguito ai felici risultati di Reverdin, nel trapiantamento dell'epidermide come cura delle piaghe, volle egli pure esperimentarlo, riescendo così a convincersi essere quella scoperta una delle più utili introduzioni della terapia chirurgica.

Passa quindi in rassegna le diverse memorie scritte su questo argomento, l'applicazione che andò sempre crescendo in estensione di questo sistema di cura, dal semplice frammento di cute al trapiantamento di pezzi relativamente assai voluminosi, e ricordando le leggi della fisiologia, la quale ammette una vitalità nella cute propria, indipendente dal resto dell'organismo, asserisce che non al solo azzardo devesi il felice risultato dell'autoplastica fatta per trasporto di un pezzo di cute staccata dalla sua base su di una piaga, ma in virtù di alcune norme speciali, che si potranno meglio conoscere crescendo il numero degli espedienti.

Passa quindi l'Autore a citare gli esperimenti di Deamicis, Boech, Ollier, Hofmokl, Lèfort, aggiungendovi casi di trapiantamento di cute dall'animale all'uomo (Dubreuil, Honze, ecc.) felicemente riusciti, non che di innesti eteroplastici per animali di specie diversa, e dalla considerazione di tutti questi casi si determinò egli di tentare la prova.

Narra di avere avuto nella clinica chirurgica una ragazza di 22 anni, epilettica, la quale aveva riportato una vasta scottatura, che dalla spalla destra si estendeva alla parte corrispondente del collo, dal cucullare alla linea media anteriore, parte della regione parietale destra, tutta la temporale e la metà del frontale corrispondente, non rimanendole che una piccola porzione del padiglione in vicinanza al meato uditorio. Questa sezione cicatriziale guarì nello spazio di 9 mesi, lasciando un grave deturpamento, sia per la mancanza del padiglione dell'orecchia, come per un rilevante ectropion alla palpebra superiore destra, per correggere il quale il prof Mazzucchelli ideò il seguente processo operativo. Si cinse il capo con una lista di cerotto adesivo, girandola orizzontalmente dall'occipite al labbro superiore, passando al disotto dei meati uditorii esterni; colle ciglia corrispondenti alla porzione ectropica della palpebra si foggiarono quattro fascetti a pennello, annodando al loro apice libero l'estremità di un filo semplice di seta cerata della lunghezza di 18 centimetri, facendo passare l'altra estremità dei fili attraverso lo spessore della listerella di cerotto in coincidenza al labbro superiore distanti l'uno dall'altro 1 centimetro. Così preparata la paziente, si praticò un taglio a mezza elisse interessante tutto lo spessore della cute del braccio destro al davanti, e di traverso al ventre del bicipite colla concavità in alto, lungo 3 centimetri; colla maggior possibile sollecitudine e prima di dissecare il lembo si applicarono 5 fili con aghi finissimi di cucitura nodosa, onde abbreviare la durata dell'operazione dopo l'esportazione del lembo. Dopo d'aver così preparato il lembo da trapiantarsi, l'operatore praticò una incisione paralella al nepitello della palpebra retratta e da esso distante circa 4 millimetri, incominciando all'angolo esterno dell'occhio, comprendendo in esso tutto lo spessore della cicatrice fino ad ottenere un rilevante divaricamento della ferita; allora stirati i fili passati attraverso la listerella di cerotto, si ottenne un abbassamento della palpebra da raggiungere la palpebra inferiore, anzi sorpassandolo di 1 millimetro. Di questo abbassamento si approfittò per mantenere il divaricamento della ferita, sulla quale dovevasi dispiegare il lembo trapiantato dal braccio. La ferita originariamente lineare semicircolare colla concavità in basso si mutò in una elissi di 1 cent. 5 mill. di altezza per 3 cent. di lunghezza incavata nel mezzo. Si compì poscia la dissecazione totale del lembo al braccio. Questo lembo elittico aveva 3 centimetri di lunghezza, e 2 centimetri e 5 millimetri di larghezza; fu disteso immediatamente sulla ferita palpebrale, e lo si unì al contorno di quest'ultima coi cinque punti di cucitura nodosa, cogli aghi infilati previamente applicati al lembo, aggiungendovene altri sei della stessa cucitura. Finito così l'atto operativo si applicò sul luogo dell'innesto un po' di filaticcio spalmato d'unguento semplice, soprapponendovi alcune compresse ripiegate su tutta la regione orbitale, onde tener bene applicato il lembo contro la superficie cruenta, tenendo il tutto in posto mercè di una fasciatura a monocolo. La ferita al braccio venne essa pure trattata colla medicazione semplice.

Due giorni dopo si manifestò suppurazione delle parti circostanti al lembo, il quale però aderiva tenacemente al fondo della ferita; alcuni punti in causa del processo ulcerativo rimasero attaccati soltanto al contorno del lembo, perduto ogni rapporto al contorno della ferita palpebrale. Al terzo giorno si staccarono altri punti e manifestaronsi alcune escare sul lembo, che del resto continuava ad aderire al fondo della soluzione di continuità. La suppurazione, che si era manifestata scarsa e di buona qualità, non richiedeva alcunchè di speciale. A poco a poco caddero le escare, granulando il tessuto sottostante, persistette in ogni parte l'aderenza del lembo al tessuto sottostante, con segni manifesti di una bene avviata vitalità; e dopo un decorso di cura, 20 giorni, la cicatrice erasi raggiunta completamente colla perfetta riduzione dell'ectropion, mercè i fili che avevano sempre funzionato regolarmente; tolti questi fili la palpebra innestata si mosse liberamente.

Le iniezioni sottocutanee di calomelano nella cura dell'irite sifilitica; annotazioni cliniche del dott. Giulio Saltini. (*Raccolta nella clinica oculista della R. Università di Modena*).

Osservazione 1ª. — Una donna d'anni 26, senza precedenze morbose importanti, dopo d'aver sofferto per due mesi di leucorrea, bruciore ed ulcerazioni alle pudende e cefalea, godeva di una tregua per un mese, venendo dopo altrettanto tempo presa da macchie rosse indolenti alla faccia ed agli arti inferiori non che da alopecia. Aggiungendovisi più tardi dolori gravi all'occhio sinistro, alla regione periorbitaria corrispondente con annebbiamento della facoltà visiva dello stesso occhio.

In tali condizioni visitavala il prof. Manfredi, che rilevava chiara la esistenza d'una iritide celtica per la iniezione pericorneale superficiale e profonda intensa, colore dell'iride più scuro e fosco di quello dell'altro occhio, pupilla miotica quasi immobile a margini irregolari dentellati, sensibile intorbidamento dell'acqueo, annebbiamento notevole della facoltà visiva e nevralgie periorbitarie intense e quasi incessanti.

In vista di ciò e dopo avere inutilmente esperito il metodo antiflogistico locale e rivulsivo intestinale, praticavasi una iniezione ipodermica di calomelano al braccio destro, somministrando contemporaneamente per bocca il protoioduro di mercurio a centig. 5 al giorno senza ottenere nè dall'uno, nè dall'altro mezzo nello spazio di otto giorni alcun miglioramento. Praticata in allora una seconda iniezione di calomelano alla tempia destra, dopo due giorni iniziavasi il processo di infiammazione al luogo della praticata iniezione e contemporaneamente diminuiva la iniezione pericheratica, la pupilla dilatavasi, benchè irregolarmente per le circostanti sinecchie, si rischiarava l'acqueo continuando per tre giorni il miglioramento. Nella successiva settimana insorgeva l'iritide nell'occhio sinistro ed una nuova iniezione alla tempia da questo lato la fugava prontamente. Persistevano però le papule ed altre ne comparvero, per cui si ordinarono frizioni mercuriali, che non vennero regolarmente praticate, per cui persistendo la sifilide costituzionale, ne veniva

un condiloma al margine pupillare dell'iride di destra, la cui comparsa avrebbe coinciso colla chiusura dell'ascesso alla tempia. Lo stato generale della paziente era frattanto sommamente deperito, che se 30 frizioni mercuriali regolarmente applicate, associate all'uso interno del ioduro di potassio valsero a migliorarlo, non ne venne però impedita una ulteriore recidiva del male; chè indi a sei mesi la ammalata ripresentavasi con papule esulcerate alla commissura labbiale, ingorghi ghiandolari multeplici agli inguini, iritide doppia con irritazione cigliare e condiloma all'estrema periferia del margine cigliare dell'iride sinistra immediatamente dietro l'estremità interna del meridiano trasverso della cornea; e non si fu che dopo ripresa la cura iodo-mercuriale, ed averla continuata per parecchi mesi che la paziente potè dirsi guarita.

Osserv. 2ª. — Un ex militare, d'anni 30, in seguito a fenomeni sifilitici primitivi al pene aveva sofferto eruzioni cutanee trattate con pillole mercuriali. Non impedirono queste, che indi a certo lasso di tempo desso venisse assalito da iritide sifilitica sinistra resa manifesta coi sintomi prima accennati nell'antecedente caso. A confermare la diagnosi esistevano anche papule alla commissura labbiale ed alle fauci, croste al capo e pleiadi cervicali ed inguinali. Le pillole con protoioduro di mercurio continuate per 14 giorni punto non valsero a migliorare la affezione in corso, mentre una iniezione sottocutanea con 30 centig. di calomelano alla tempia corrispondente in tre giorni riescì a migliorare radicalmente il male. Ma indi a tre settimane compariva l'affezione all' occhio destro ed una seconda iniezione di calomelano alla tempia di questo lato in pochi giorni la faceva scomparire. Persistevano però ancora molto tempo dopo le papule e gli ingorghi sopradescritti, che non scomparvero se non colle frizioni mediante unguento mercuriale.

Osserv. 3ª. — Un lavorante in paglia, d'anni 38, che pure erasi ammalato per ulceri primitivi al glande, adenite indurata agli inguini e conseguente dermatosi, veniva in allora curato con pillole di protoioduro di mercurio, e ciò non ostante dopo alcuni mesi veniva preso da iritide sinistra col suaccennato corredo di sintomi proprii a quella affezione, senza alcun essudato nel campo della pupilla: presentava inoltre alcune macchie di roseola e papule disseminate sopratutto al ventre ed agli arti inferiori, alcune papule mucose alle fauci ed all'ano, pleiadi inguinali e femorali.

Una iniezione sottocutanea di calomelano alla tempia corrispondente faceva sì che la pupilla dopo tre giorni si presentasse regolarmente dilatata dalla atropina, che la iniezione pericorneale fosse molto diminuita, persistendo soltanto qualche dolore periorbitale specialmente durante la notte, sintomi che scomparvero alla lor volta in dieci giorni intanto che l'ascesso si pronunciava. Rimasero però stazionarie le papule e le altre manifestazioni sifilitiche. Si pratica la cura classica delle frizioni, e persistendo i detti fenomeni, dopo 15 di queste vi si aggiunge la somministrazione interna del ioduro potassico: i quali rimedii non valsero ad

impedire la comparsa di nuove papule alle labbra restie ad una seconda iniezione di calomelano al braccio sinistro , per cui riprendesi la cura mista con frizioni e ioduro, che viene tralasciata dopo un mese, essendo lo stato generale soddisfacentissimo, ma rimanendo ancora poche papule alle labbra ed una all'ano.

Osserv. 4ª. — Un giovane di 25 anni, dopo d'aver incontrato un ulcero infettante al glande, seguito da adeniti indurate, veniva colto da dermatosi sifilitica trattata con pillole mercuriali. Dopo sei mesi insorgeva in lui grave iritide sinistra con abbondanza di papule cutanee al petto e al ventre: praticatagli una iniezione di calomelano alla regione temporale del lato ammalato, consigliando ad un tempo le frizioni si ha occasione di rivedere l'ammalato dopo 17 giorni. Lo si trova allora guarito da tempo dall'iritide malgrado la persistenza di alcune sinecchie e di quasi tutte le papule; per cui si consiglia di insistere nelle frizioni.

Osserv. 5ª. — Un robusto contadino assieme ad una iritide destra presentava pure una papula mucosa all'ano, ingorghi multipli all'inguine postumi d'ulcero al glande, per cui lo si ritenne affetto d'iritide sifilitica. Vennegli immediatamente praticata una iniezione di calomelano alla tempia corrispondente all'occhio affetto, e nell'occhio applicato il solo collirio di atropina: non si ebbe più occasione di rivedere il paziente, ma dal suo medico condotto si seppe essere completamente guarita la iritide in cinque giorni dopo la iniezione, che fu seguita dal solito ascesso, mantenendosi costante la guarigione. Non si accenna quì alla persistenza della papula anale, ma è probabile che ciò succedesse dacchè stà annunciato nel titolo di questa storia.

Simili casi adunque a conferma di ciò che avevano osservato Quaglino, Flarer e De-Magri depongono in modo irrefragabile intorno alla somma efficacia delle iniezioni sottocutanee di calomelano contro le malattie oculari sifilitiche. Ma dal fatto che gli oculisti per debellare simili affezioni per la massima parte ebbero a prediligere la regione temporale e mastoidea, e dalla osservazione che nei casi suoi ebbe a constatare colla scomparsa dell'irite la persistenza degli altri sintomi generali della sifilide, il dott. Saltini si ripete la domanda già fatta dal professore Quaglino, se anche quì la guarigione dell' iritide sifilitica debba riferirsi alla guarigione della sifilide, o piuttosto ad una azione locale del calomelano, vuoi solvente, vuoi rivulsiva. E tanto più crede lecito l'accettare simile dubbio in quanto che dagli studii che si stanno facendo nella clinica di Modena risulterebbero già parecchi casi di affezioni oculari non sifilitiche, specialmente del dominio della cornea e dell'iride, nelle quali le iniezioni di calomelano apportarono in breve tempo la completa guarigione, ovvero una sensibile remissione nell' acutezza dell'ottalmia. Di tali fatti ora va esponendo quattro e sarebbero: 1° di ulcerazione corneale scrofolosa con procidenza d'iride guarita in 17 giorni mediante una delle dette iniezioni; 2° di cheratite ulcerosa sinistra con postumi di ulceri di antica data, con iritide guarita in 7 giorni dopo una

iniezione di calomelano; 3° di cheratite ulcerativa con iritide, guarita dopo 9 giorni con una iniezione di calomelano; 4° di iritide reumatica destra guarita essa pure in 5 giorni con una iniezione di calomelano alla tempia corrispondente.

Dall'assieme di tutto ciò l'Autore ne conchiude:

1° Che nello stato attuale della scienza non resta ancora abbastanza dimostrata la vantata efficacia delle iniezioni di calomelano nella cura della sifilide costituzionale.

2° Che i vantaggi, che si ricavano grandissimi da queste iniezioni praticate alle tempia, nella cura dell' iritide sifilitica, debbono con molta probabilità ripetersi da una azione locale del calomelano, sia solvente, sia rivulsiva, sia solvente e rivulsiva ad un tempo, come in proposito aveva giustamente osservato il prof. Quaglino, e come lo dimostra altresì l'efficacia dispiegata da questo nuovo metodo nella cura di altre affezioni oculari non sifilitiche.

3° Che a stabilire definitivamente questa azione locale del calomelano sarebbero da tentarsi alcuni studii sperimentali in ordine sopratutto agli effetti, che possono ottenersi da iniezioni fatte con sostanze insolubili, come polvere di carbone, segatura di legna od altro nella cura di alcune malattie oculari.

Non sappiamo per altro se la generalità dei pratici sarà per sottoscrivere senza eccezione a queste conclusioni. Si potrebbe infatti incominciare ad asserire come cinque soli casi, fossero dessi anche i più chiari ed immuni da qualsiasi rimarco, sarebbero insufficienti a distruggere un'opinione basata su un'infinità di casi riesciti in mano dei più esperti sifilografi del nostro e di altri paesi. Ma nemmeno il merito della opposizione può concedersi ai fatti del dott. Saltini, pei quali tutti si può dire, che se fuvvi inefficacia a debellare colle iniezioni sottocutanee di calomelano la sifilide in generale, più che alla inopportunità del rimedio attribuire la si potrebbe al non averne a sufficienza adoperato, il che se si fosse fatto, con tutta probabilità gli effetti sarebbero stati pari a quelli della cura classica, la quale alla sua volta non mancò in tre delle osservazioni narrate di mostrarsi per lo meno tarda nell' agire. Nè dalla ripetizione di qualche iniezione sotto pelle di calomelano avrebbesi avuto a temere alcun inconveniente, dacchè la buona e più recente pratica insegna ad usare anche per questo preparato le minime dosi, scomparendo così il fantasma, a torto paventato, di una possibile gravezza nei fenomeni locali.

In quanto al modo benefico di operare delle iniezioni praticate alla tempia, se cioè in virtù di un'azione solvente o rivulsiva, per vero non si saprebbe, se coloro che ne intravveggono un'azione antisifilitica, potrebbero desiderare di più della prima supposizione; infatti non è che ad ottenere un'azione solvente sui prodotti sifilitici, che tendono gli sforzi di tutti i sifilografi, e ragione vuole che si abbia ad aspettare più pronta e maggiore tale azione, ove minori sieno le lesioni materiali in-

sorte, ed è questa una verità intraveduta del prof. Scarenzio (*Annali Universali di Medicina* N. 189, 1864) sino da quando ebbe a proporre, dimostrandone l'utilità, le iniezioni in discorso.

« Un fatto, dice egli, che deve pure interessare la mente di coloro, « che si occuperanno dell'argomento si è, che colla celerità della guari- « gione una volta che il miglioramento è dichiarato, contrasta la tar- « danza sua a manifestarsi (da 8 a 15 giorni) in seguito alla iniezione, « sebbene abbiasi acquistata la certezza dell'avvenuto assorbimento. » Simile circostanza, però soggiunge, è comune agli altri metodi di cura mercuriale e *forse non da altro dipende, se non dalla necessità di un mutamento organico regressivo nei prodotti morbosi, che formano i sintomi della malattia.* Il che, lo ripetiamo, vuol dire, che i benefici risultati saranno celeri ad apparire in ragione diretta della semplicità dei fenomeni morbosi, e quando questi coesistano ad altre lesioni materiali più sentite, pei primi daranno segno del benefico influsso subito.

Quale meraviglia, adunque che i fenomeni dell'irite con lesioni materiali leggere avessero, anche nei casi del dott. Saltini, a scomparire prima che non quelli alla cute, alle mucose, all'iride stessa appariscenti sotto forma di papule, di impetiggine e di condilomi? Ma di un'altra circostanza si deve tenere conto da coloro, che adoperano le iniezioni di calomelano alla tempia, e si è il rilievo fatto da Hunter e da Hebra (Zeissl. *Lehrbuch der costitutionellen syphilis*, Erlangen 1874), che in prossimità del luogo delle iniezioni le manifestazioni sifilitiche scompaiono più prontamente che non quelle di parti lontane.

Nè a ritenere antisifilitica la azione del calomelano alle tempia si oppongono i quattro casi di affezioni oculari di altra natura curati con profitto e coll'uguale espediente dal dott. Saltini, non essendosi con ciò fatto altro che accelerare l'azione di un rimedio antiscrofoloso e solvente, quale appunto esigevano quelle affezioni.

Ben pochi quindi si adatteranno ad ammettere, che in questi casi e negli altri dall'Autore citati la semplice rivulsione valga a spiegare la differenza di effetto sulle esposte lesioni. Quanti casi infatti esistono nella pratica, ove affezioni oculari sifilitiche guarirono mediante le iniezioni sottocutanee di calomelano praticate in regioni lontane dall'organo visivo! Il caso del dott. Flarer (*Giornale Italiano delle malattie veneree*, 1876, vol. II) e cinque fra i sei del dott. De Magri (*Ibidem*), l'uno e gli altri citati dall'Autore, ne sono una valida prova. Ancora si aggiunga, che la pratica delle iniezioni di calomelano a piccola dose previene e distrugge l'osservazione che sia da vicino, e tanto più da lontano possa farsi sentire un'azione rivulsiva sul globo oculare, pur riescendo a debellare l'affezione, e ciò troverà presto conferma in una pubblicazione di distinto oculista allievo di questa scuola.

Frattanto ricordandoci noi come il prof. Scarenzio avesse in una seduta mensile del civico Spedale accennato ad un caso di simil genere, non trovammo difficoltà ad avere dall'onor. Direzione copia di quel brano

di rapporto che porta la data del 21 giugno 1875. Ivi il prof. Scarenzio così si esprime: « Altro fatto degno di nota si fu quello presentatosi in certa M. Giovanna, d'anni 32, accolta nella Sala delle veneree il 5 maggio u. s. ed affetta da retinite sifilitica. Gli antecedenti, essendo stata la donna più volte al sifilicomio con fenomeni di sifilide primitiva, non che i dolori osteocopi profondi alle tibie, una nevralgia sovraorbitale destra, ma più che tutto l' edema della papilla e l' intorbidamento della retina del medesimo lato, congiunti al grande abbassamento di vista, rendevano la diagnosi certa. Dovendola curare, si prescelse la iniezione sottocutanea di calomelano, che alla tenue dose di 10 centig. si praticava all'estremo inferiore interno della gamba destra, e questa iniezione fu talmente efficace, che in soli due giorni faceva scomparire ogni sintoma subiettivo non solo, ma anche obbiettivo. Si era poi preposta la estremità di una gamba alla regione delle braccia per distruggere la opinione di valenti oculisti i quali, pure ammettendo che le iniezioni di calomelano si devono ritenere come il mezzo più potente per combattere le affezioni sifilitiche profonde dell' organo della visione, vogliono però dare un grande peso alla rivulsione consigliando di agire od alla tempia od alla regione mastoidea. »

Non per questo noi ci tratteniamo dall'incoraggiare il dott. Saltini ad intraprendere gli esperimenti di confronto, cui accenna nell'ultima delle sue conclusioni, ma prevediamo, che saranno per sortire vantaggiosi più alla nostra che alla di lui tesi, e ciò tanto per le anzidette cose, quanto pel fatto significantissimo, che nei tempi andati, quando non ancora l'ottalmoscopio facilitava le diagnosi, spesso sì addiveniva a giudicare sifilitica un'affezione oculare appunto dopo di avere inutilmente esperiti gli altri rimedii, fra i quali non ultimo la rivulsione sotto le svariate forme di vescicanti semplici, od a suppurazione, di caustici potenziali, della mosca e del setone, applicati precisamente alle tempia ed ai processi mastoidei. MERIGGI.

Retrazione cicatriziale completa della palpebra superiore. — Riduzione, cruentazione e riunione per cicatrice temporaria dei margini palpebrali pel corso di sei mesi. — Intiera e stabile guarigione; pel prof. MARCACCI.

La deformità era costituita non tanto dal rovesciamento della palpebra quanto dal voluminoso tumore formato dalla ipertrofia della mucosa congiuntivale, che discendendo si soprapponeva alla palpebra inferiore, dando luogo a copiosa secrezione muco-purulenta che obbligava alla copertura della parte, inzuppando però il bendaggio in modo da arrecare molestia a chiunque l'avesse osservato.

L' orlo libero delle palpebre era rovesciato in alto e le sue ciglia si confondevano coi peli del sopracciglio, la cartilagine tarso, che si era salvata dalla distruzione prodotta da una risipola gangrenosa, aveva invertito affatto la sua direzione, per cui la faccia interna e concava erasi fatta esterna e convessa, sede della intumescenza sovraccennata: l'orlo

inferiore era divenuto superiore e viceversa. Questa tumescenza complicava bensì la retrazione, ma aveva il vantaggio di tener coperto l'occhio, preservandolo della siccità, potendo bagnarlo le lacrime; un piccolo movimento palpebrale bastava a dirigere le lacrime all'angolo interno, ove erano riprese dai punti lacrimali, impedendosi in questo modo la lacrimazione; alcuni movimenti di innalzamento della palpebra dimostrano essere integro l'elevatore, l'occhio era sano, la facoltà visiva integra, solo era alquanto arrossata la congiuntiva scleroticale.

Riassumendo si aveva distrutta dalla gangrena la pelle della palpebra superiore, distrutta una porzione dell'orbicolare. La cartilagine tarso arrovesciandosi era andata ad occupare il vuoto, prodotto dalla gangrena e la ipersarcosi congiuntivale teneva il posto abbandonato dalla cartilagine, perchè essa ricopriva l'occhio.

Il processo operativo adottato per questa alterazione si fu il seguente: Collocato l'ammalato seduto col capo contro il petto di un assistente, si principiò ad escidere la parte sarcomatosa della congiuntiva, onde poter mantenere in sito la palpebra, escisione che si dovette fare a più riprese ed a falde. Si praticò poscia un'incisione curvilinea, sottile, lungo l'orlo cigliare della palpebra, tra esso ed il sopracciglio, liberando così l'orlo palpebrale, che presolo colle pinzette, se ne continuò la dissezione sino alla base del tarso e sino a che riescì facile il rovesciamento, avendo di mira di non perforare l'espansione aponeurotica dell'elevatore; si ottenne in questo modo un sufficiente arrovesciamento della cartilagine, la rotazione però si fece sull'orlo rappresentante la base, per cui la cartilagine scese coll'orlo ciliare a ricoprire la palpebra inferiore, comparendo di altezza doppia, cosa utile per la retrazione che doveva subire in causa del processo di cicatrizzazione. Si cruentarono poscia i margini liberi delle due palpebre, riunendoli con tre punti di sutura intercisa, lasciando liberi gli estremi per lo scolo delle secrezioni, che avessero potuto presentarsi. La soluzione di continuità della parte cruentata manifestandosi molto estesa, si dissecò alquanto la pelle dell'orlo superiore della ferita, stirandola in basso e mantenendone la prima con piumacciuolo di filaticcio spalmato d'unguento, sostituendovi poscia listerelle di cerotto. Allo scopo inoltre di coadiuvare l'azione dei punti e ad impedire la tendenza della cartilagine a rovesciarsi all'infuori, e ad impedire i movimenti di elevazione involontaria della palpebra si applicarono pennellature di collodion sugli orli palpebrali. Dopo sette giorni si staccarono per lacerazione della cartilagine i punti di sutura, rimanendo però attaccati i margini palpebrali per soda cicatrice. Ogni tanto si praticarono iniezioni di acqua per tenere pulita la superficie dell'occhio.

Dopo sei mesi dall'operatore si ruppe la cicatrice, introducendo dall'angolo esterno una piccola tenta ricurva colla scanellatura dalla parte della rima palpebrale e strisciando con un piccolo coltello convesso fu facile dividere le due palpebre. La palpebra superiore mostrossi un poco più abbassata, ma a poco a poco riprese la sua posizione e i suoi movimenti normali, e l'occhio, che era rimasto privo del suo stimolo naturale, della luce cioè, non subì alterazione alcuna per la subitanea azione di questa.

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. **Malachia De-Cristoforis.**

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA CHIRURGICA

del dott. FRANCESCO PARONA e prof. A. SCARENZIO

(Da pag. 481 a pag. 516).

Marcacci — *Di una tanaglia per la più facile demolizione del mascellare superiore.*
Peruzzi — *Due operazioni eseguite colla galvano-caustica.*
Landi — *Resezio-disarticolazione sotto-cassulo-periostea della estremità superiore dell'omero destro per osteite, con necrosi e semi-anchilosi.*
Id. — *Contribuzione alla storia della estrofia vescicale.*

RIVISTA DI OSTETRICIA

del dott. A. GUELMI

(Da pag. 516 a pag. 534).

Penrose — *Trattamento nelle presentazioni della faccia.*
Trosk James — *Injezioni di tintura di jodio nell'utero contro le emorragie puerperali.*
Eshleman — *Sulla inserzione viziosa della placenta.*
Copeman, Graily Hewitt e Thomas — *Cura dei vomiti incoercibili della gravidanza.*
Albert Smith — *Azione stimolante del chinino sull'utero gravido.*
Deutsch — *Indagini microscopiche sul latte.*
Archer Farr — *Salivazione spontanea coincidente con una gravidanza.*
Lente — *Mancanza delle acque dell'amnios nel parto.*
Fehling — *Impiego dell'acido salicilico a scopo ostetrico.*
Hughe — *Della septicemia puerperale.*
Clapperton — *Genesi della febbre puerperale.*
Claye Show — *Di qualche forma di follia legata allo stato puerperale.*
Kehrer — *Esperienze sull'infiammazione e sulla febbre eccitata dai locchi.*
König — *Del bacino cifo-scoliotico-rachitico e sua influenza nel parto.*
Kleinvächter — *Influenza del tempo sul principio del parto.*
Greenhalgh — *Cause, diagnosi, patologia e cura del travaglio arrestato.*
Tylor C. — *Osservazioni sull'influenza della digestione della madre sulla frequenza del polso fetale.*
Löhlein Erm. — *Significato dell'enfisema sotto-peritoneale ante-uterino durante il parto.*
Breiscky — *Diagnosi del bacino spondilolistetico sulla donna viva.*
Thomas — *Caso di gravidanza curata con un nuovo metodo operatorio.*
Duncan M. — *Rottura centrale del perineo, e del setto retto-vaginale portato da ulcerazione dopo il parto.*
Thomas Smith — *Cura della rottura del perineo.*

RIVISTA OTTALMOLOGICA

del dott. G. FLARER

(Dalla pag. 535 a pag. 573).

FINE DEL VOLUME 238.

Indice generale alfabetico delle materie

Indice generale alfabetico degli Autori

Indice alfabetico degli articoli nelle singole materie

RIVISTA DI ANATOMIA

del prof. Zoja.

RIVISTA DI CLINICA CHIRURGICA

dei dottori Cozzi, Parona e prof. Scarenzio

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

dei dottori Carpani, prof. De-Giovanni, Negri e Pirovano.

RIVISTA DI DERMATOLOGIA

del dott. Padova.

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del dott. Fubini.

RIVISTA DI IDROLOGIA

del dott. Schivardi.

RIVISTA DI ISTOLOGIA

del prof. Bizzozero.

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE

del dott. Tamassia.

RIVISTA DI ORTOPEDIA

del dott. Panzeri.

RIVISTA DI PATOLOGIA GENERALE

dei dottori Carpani e Pirovano.

RIVISTA DI PEDIATRIA

dei dottori Guelmi e Tibaldi.

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del dott. G. B. Soresina.

FINE DEL VOLUME 240.